

De første narkomane

*Den medisinske og politisk-juridiske resepsjonen av de første
"ungdomsnarkomane" i Norge.*

Lars Alexander Sundøen



Masteroppgave i Idéhistorie

Veileder: Espen Schaanning.

Institutt for filosofi, idé- og kunsthistorie og klassiske språk

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2011

Innhold:

INNHOOLD:	3
1. INNLEDNING	5
1.1 PROBLEMSTILLING	7
1.2 METODE	8
1.3 KILDER	11
1.4 BEGREPER OG DEFINISJONER	12
1.5 OM ANNEN FORSKNING	13
1.6 KONTEKST	16
1.6.1 En selvstendig ungdomskultur	16
1.6.2 Hippiebevegelsen	19
1.6.3 Narkotikasitusjonen i Sverige	21
1.6.4 Norsk politikk på 1960-tallet	23
2. DEN KLASSISKE NARKOMANE	26
2.1 NARKOMANE LEGER	26
2.2 NARKOMANE PASIENTER	27
2.3 UKRITISK FORSKRIVNING	29
2.4 LOV OM LEGERES RETTIGHETER OG PLIKTER	30
2.5 FALSKE DIAGNOSER	32
2.6 LOV OM LEGEMIDLER OG GIFTER	33
2.7 AVRUNDING	34
3. DE NYE NARKOMANE	34
3.1 STATENS KLINIKK FOR NARKOMANE	34
3.2 DA CANNABIS KOM TIL NORGE	36
3.2.1 Devold-saken. (August-November 1965)	37
3.2.2 Den første straffesaken. (14. Desember 1965)	39
3.2.2.1 Reaksjon på dommen	40
3.2.2.2 Oppsummering av første straffesak	44
3.3 JUSTISMINISTEREN UNDER PRESS. (JANUAR – MAI 1966)	45
3.3.1 Protester mot utvisningen	47
3.4 NYE STRAFFESAKER. (MARS – JULI 1966)	48
3.4.1 Razzia-saken	48
3.4.2 Storsmuglern	50
3.4.3 Brev fra Justisdepartementet til Straffelovrådet	51
3.4.4 Utvidelse av Straffelovrådets oppdrag	52
3.7 OPPSUMMERING AV PERIODEN FRAM TIL STRAFFELOVRÅDETS ARBEID BEGYNTE	54
3.8 STRAFFELOVRÅDETS INNSTILLING	55
3.8.1 Lovgivningsprosessen	56
3.8.2 Generelt om innstillingens oppbygning	57
4. SOSIALMEDISINEN	59
4.1 SOSIALMEDISINEN OG DENS ROLLE I NORSK HISTORIE	60
4.2 EPIDEMIMODELLEN	64
4.2.1 Det utvidede narkomanibegrepet	65
4.2.2 Epidemisk narkomani	67
4.2.2.1 Narkomani som et gruppefenomen	68

4.2.2.2 Narkomani og smitte.....	70
4.3 EPIDEMIMODELLEN OG STRAFFELOVRÅDETS INNSTILLING.....	73
5. INDIVIDENE OG STOFFENE (PSYKIATRI).	76
5.1 GENERELT OM PSYKIATRI.....	77
5.2 DE NYE RUSMIDLENE.....	80
5.2.1 LSD.....	80
5.2.2 Cannabis.....	84
5.3 PSYKIATRISK FORSKNING PÅ DE NYE NARKOMANE.....	89
5.3.1 Psykiatriens syn på psykiske helse og rusmisbruk.....	89
5.3.2 Psykiatriens syn på oppvekst og familie.....	91
5.3.3 Korrelasjon mellom oppvekst og rusmisbruk.....	93
5.3.4 Korrelasjon mellom psykisk helse og rusmisbruk.....	94
5.4 REHABILITERING.....	97
5.5 OPPSUMMERING.....	97
6. AVSLUTNING	99
6.1 DRØFTNING: HVOR AVGJØRENDE VAR DE MEDISINSKE TEORIENE?	99
6.2 OPPSUMMERING	101
LITTERATURLISTE	104

1. Innledning

Da jeg flyttet til Oslo for fem år siden var en av de tingene jeg la merke til de narkomane som oppholdt seg i sentrum av byen. På ”plata” ved sentralebanestasjonen satt det hver dag unge og gamle som røykte piper, spiste piller og satte sprøyter. Barnefamilier kom gående forbi, og foreldrene måtte forklare barna sine hva som skilte disse menneskene fra resten av oss. Ofte ser man politiet bevege seg i disse områdene. Å bruke narkotika er ulovlig, og spesielt omsetning. Noen ganger ser man narkomane bli arrestert. Andre ganger blir de båret bort av medisinsk personell på grunn av overdose eller en kollaps. De lever et spesielt liv som veldig få mennesker kan relatere til.

Det er umulig å bo i Oslo uten å bli berørt av dette fenomenet, men som med andre hverdagslige ting tenker kanskje mange at slik er det bare. Som idéhistoriker har jeg lært meg å tenke at ingenting er så naturlig og selvfølgelig som det kan synes. Alt har en historie, og også historien om de narkomane er et produkt av bestemte historiske omstendigheter som kommer sammen på et bestemt tidspunkt. Jeg føler spesielt at de narkomane blir preget av deres status som kriminelle. Rusmidler av forskjellig styrke og kvalitet blir benyttet av nær sagt alle mennesker. I mine øyne er noe av det mest karakteristiske ved de narkomane deres liv i skyggen: den konstante flukten fra politiet og et liv utenfor vårt ellers inkluderende samfunn. Denne avhandlingen er et forsøk på å forstå hvorfor det ble akkurat slik. Av alle de uendelige mulighetene akkurat denne historien kunne tatt, hvorfor ble det en historie om kriminalisering og stigmatisering?

For å svare på dette spørsmålet har jeg gått tilbake til det tiåret da de første narkomane kom til syne i Norge – 1960-tallet. Det var i denne perioden politikere og forskere i Norge ble konfrontert med det fenomenet vi i dag kjenner som ”narkomani”, og det er her vi kan se hvilke historiske omstendigheter som kom til å legge føringer på de narkomanes historie frem til i dag. Denne avhandlingen er selvsagt ingen komplett beskrivelse av alle de omstendigheter som var i spill. ”De narkomanes historie” kunne vært skrevet på mange ulike måter. Det kunne for eksempel vært nærliggende å skrive historie om de narkomanes faktiske forhold, om deres psykologiske og sosiologiske hverdag. Dette er selvsagt meget relevant for spørsmålet om hvorfor denne historien ble akkurat slik den ble, men blir ikke berørt her. Jeg har ikke ønsket å se på de narkomane i seg selv, men på de som forsøkte å forstå dem. Med dette mener jeg den forskningen som ble gjort på narkomane, de teoriene de ble sett gjennom og de forestillingene om narkomane denne forskningen skapte hos politikere og jurister.

Det fagfeltet som forsket mest på narkomane var medisinen. Forbindelsen mellom narkomani og medisinen er åpenbar: det dreier seg om kroppen og en bevisst endring av denne. Det forekom selvsagt annen forskning på de narkomane, spesielt fra samfunnsvitenskapelig hold. Men jeg har i denne avhandlingen valgt å se på den medisinske resepsjonen av de første ”narkomane”: de første teoriene, den første empirien og de første tiltakene. Denne forskningen ble utført av sosialmedisinere, psykiatere, psykologer og farmakologer. Som andre vitenskaper ønsket den medisinske forskningen å *forstå* de narkomane, og svare på spørsmål som: Hvordan sprer narkotikabruk seg? Hvorfor blir noen narkomane? Hvordan kan de kureres? Hvordan påvirker rusmidlene brukeren psykologisk og sosialt? Denne avhandlingen undersøker de svarene man ga på disse spørsmålene.

Men i de narkomanes historie er denne forskningen uløselig knyttet til den politiske reaksjonen på fenomenet. Jeg ser derfor også i denne avhandlingen på hvordan de medisinske teoriene var sentrale for den politiske og juridiske håndteringen av fenomenet. De medisinske svarene på de spørsmålene jeg beskrev over tilsa bestemte tiltak fra myndighetenes side. Denne avhandlingen ser derfor også på samspillet mellom forskning og politikk. Norsk politikk, og spesielt helsepolitikk, ble i stor grad fundert på forskning og faglig kompetanse i etterkrigstiden. Jeg mener derfor at jeg ved å undersøke de medisinske fagene og teoriene i stor grad også undersøker hvorfor de narkomanes historie ble en historie om kriminalisering.

Før 1965 snakket verken politikere eller medisinerne om det vi i dag kjenner som ”narkomane”. Man kjente til misbrukere legemidler som morfin, men disse misbrukerne ble oppfattet på en helt annen måte. Når det i starten av 1966 ble kjent at norske ungdommer eksperimenterte med narkotika begynte man å snakke om en *ny* narkomani. Denne narkomaniformen vil noen i dag kanskje ta som en selvfølge. Det er derfor interessant å undersøke dette nullpunktet da disse ”nye narkomane” ble oppdaget av politikere og forskere. Avhandlingen tar utgangspunkt i forarbeidene til den første narkotikalovent i Norge. Denne kom i 1968, og kan sees som den tydeligste reaksjonen fra myndighetene på det nye fenomenet i dette tiåret. I forarbeidet til denne loven var det medisinske teorier og undersøkelser som la rammene. Psykiatriske undersøkelser av de nye narkomane beskrev hva som feilte dem, og hva som måtte gjøres. Sosialmedisinske teorier beskrev hvordan den nye narkomani spredde seg, og hvilke miljøfaktorer som økte risikoen for ”smitte”. Farmakologiske forskning på de ulike stoffene beskrev hvordan de påvirker brukeren. I denne avhandlingen gjør jeg en idéhistorisk undersøkelse av den forskningen som ble benyttet her

(se metode), og viser hvordan denne forskningen la føringer på hvordan den nye loven skulle se ut.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen for avhandlingen er: *Hvilke medisinske fag og teorier ble den nye ungdomsnarkomanien forstått gjennom, og hvordan påvirket disse utformingen av den nye narkotikalovent av 1968?* Denne problemstillingen besvares gjennom avhandlingens fire hoveddeler.

Del 2 av avhandlingen (De klassiske narkomane) ser på den narkotikasituasjonen man mente å ha før de nye narkomane kom til syne. Før 1965 ble narkomani (eufomani) forbundet med leger og pasienter som misbrukte lovlig legemidler. Denne delen bidrar til å svare på problemstillingen ved å vise det juridiske bakteppet for resepsjonen av de nye narkomane. Den nye narkotikalovent av 1968 var en endring og utvidelse av Legemiddeloven av 1964. Legemiddeloven ble laget med tanke på det man kalte ”de klassiske narkomane”, og denne loven ble sentral i møtet med de nye narkomane. I denne delen introduseres også den klassiske narkomane som et viktig analytisk verktøy i skildringen av den nye. Denne kontrasten var viktig i den medisinske diskursen, og blir også et viktig virkemiddel i min fremstilling.

Del 3 av avhandlingen (De nye narkomane) ser på resepsjonen av marihuana og de nye narkomane i norsk presse og rettsvesen. Denne delen bidrar til å svare på problemstillingen på tre måter. For det første viser jeg hvordan stoffet ble presentert i norske aviser. Her viser jeg at det var medisinske autoriteter som formidlet den internasjonale forskningen på det nye fenomenet, og at de mente eksperimentering med marihuana var farlig. For det andre viser jeg hvordan de nye narkomane ble mottatt i det norske rettsvesnet. Her ser jeg på dommer og viser hvordan det også her var medisinske autoriteter som var ekspertene, og hvordan man i rettsvesnet valgte å vektlegge generalpreventive hensyn i møtet med det nye fenomenet. Til slutt viser jeg hvordan denne tidlige resepsjonen var den utløsende årsaken til at Justisdepartementet og Sosialdepartementet anmodet Straffelovrådet om å undersøke hvorvidt Legemiddeloven burde endres for å imøtegå den nye situasjonen.

Del 4 av avhandlingen (Sosialmedisinen) ser på hvordan faget sosialmedisin påvirket resepsjonen av de nye narkomane. Jeg viser her hvordan faget påvirket resepsjonen på et politisk-administrativt nivå, og på et teoretisk nivå. På det politisk-administrative nivået viser

jeg hvordan Karl Evang og det nye Helsedirektoratet var påvirket av en sosialmedisinsk tilnærming til helsepolitikk, og at dette kan sees som årsaken til at den nye narkomanien ble ansett som et sosialt problem. På det teoretiske nivået vil jeg vise hvordan det var den sosialmedisinske modellen for den nye narkomanien – epidemimodellen – som ble styrende for den forståelsen man hadde av det nye fenomenet i Straffelovrådets innstilling. Jeg viser her hvordan denne modellen fikk direkte innvirkning på utformingen av den nye loven.

Del 5 av avhandlingen (Individene og stoffene) ser på den forståelsen man hadde av den nye narkomanien innenfor psykiatrien i Norge. Jeg vil her vise hvordan norske psykiatere la grunnlaget for Straffelovrådets innstilling på to måter: Ved å formidle psykiatrisk forskning og teorier om de nye narkomane, og ved å formidle farmakologisk og psykologisk forskning på de nye rusmidlene som ble tatt i bruk. Jeg vil også vise hvordan det var psykiatrisk forskning som bestemte *hvem* som var narkomane, og *hva* som var det narkomane ved de. Dette fordi empirien i den psykiatriske forskningen var pasienter som av ulike grunner kom i kontakt med psykiatrien, og fordi psykiatrien forsøkte å forstå hva som felte disse ungdommene gjennom sine etablerte begreper og teorier. Jeg vil også i denne delen argumentere for at det var psykiaterne som kom med den grunnleggende forskningen om de nye narkomane som tilsa at dette var et alvorlig sosialt problem knytte til psykiske problemer, kriminalitet og andre faremomenter.

Avhandlingen avslutter med en drøftning av hvor viktig den medisinske forståelsen var for den politisk-juridiske resepsjonen av de nye narkomane.

1.2 Metode

Det er altså de medisinske teoriene og de juridiske tiltakene i forbindelse med den nye illegale narkotikabruken som skal analyseres. En annen måte å si dette på er at jeg skal se på den medisinske ”diskurs” som fulgte de nye narkomane, og hvilken rolle denne spilte for utformingen av den nye narkotikaloventen av 1968. Her vil jeg si litt om hvordan jeg har gått frem i arbeidet med avhandlingen og hvordan jeg har behandlet materialet.

Narkotikaproblemet var naturligvis nært forbundet med medisinen, og også i lovgivningen ble medisinen det fagfeltet som i størst grad la rammene for jurister og politikere.¹ Fordi jeg skal skrive om hvordan den medisinske diskursen påvirket de politisk-juridiske tiltakene, har jeg tatt utgangspunkt i de juridiske tekstene når jeg skulle velge hvilke

¹ Det er i allefall det jeg argumenterer for i denne oppgaven.

medisinske tekster som ble relevante for avhandlingen. I norsk historie er det da én lov som er spesielt rettet mot ungdomsnarkomanien: ”*Lov av 14. juni 1968 nr. 4 om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m.*”. Det er forarbeidene til denne loven som er utgangspunktet for hele denne avhandlingen. Sånn sett er dette kanskje en form for mikrohistorie, hvor jeg tar utgangspunkt i disse 40 sidene og skaper et tidsbilde ved å forfølge de *påstandene* man finner i dette forarbeidet. I forarbeider til lover blir ofte bakgrunnsstoffet presentert på en kortfattet og forenklet måte. I denne avhandlingen blåser jeg opp de mest sentrale påstandene og beskriver dem på en mer typisk idéhistorisk måte enn det som blir gjort i forarbeidene selv.

Når jeg her snakker om *påstander* så mener jeg stort sett medisinske teorier og observasjoner. Et eksempel på dette er påstanden ”bruk av hasj fører til kriminalitet”. Denne påstanden dukker opp flere steder i forarbeidet, og det er ikke opplagt hvordan man skal forstå denne påstanden. Er dette en sosiologisk fundert påstand om hvordan narkotikabruk kan lede deg over i et marginalisert miljø hvor kriminalitet har større aksept? Er det en farmakologisk beskrivelse av et stoffs tendens til å gjøre brukeren utilregnelig og vågal? Er det en politisk teori om hvordan fattigdom leder til kriminalitet? Eller kanskje en psykiatrisk teori om hvordan personlighetsstrukturer som disponerer for narkotikamisbruk også disponerer for kriminalitet? Det jeg har gjort er å følge disse påstandene og se på hvilke teorier, personer og empiri som ga disse påstandene tyngde nok til at de kunne benyttes som grunnlag for lovgivningen. I forbindelse med den nevnte påstanden om at hasj fører til kriminalitet var det da først og fremst psykiatrien og farmakologien som ga denne påstanden verdi. I farmakologien mente man at hasj var hemningsoppløsende og kunne føre til kriminalitet på omtrent samme måte som alkohol, og i psykiatrien mente man at hasj førte til en reduksjon av personligheten og spesielt den etiske vurderingsevnen. Empirien for denne forskningen var først og fremst undersøkelser av hvor mange kriminelle som hadde brukt hasj, men også skildringer som man fant i historiebøkene fra den fjerne østen.

Når jeg nå snakker om påstander på denne måten man kanskje får inntrykk av at det idéhistorisk sett blir en noe svak forbindelse mellom en påstand i forarbeidet og den samme påstanden i medisinsk faglitteratur. Jeg vil derfor understreke at jeg hovedsakelig følger disse påstandene innenfor et tydelig nettverk av tekster som er knyttet sammen gjennom referanser og personer. Måten jeg begynte å samle materiale til denne avhandlingen på var som sagt å begynne med forarbeidet til den nye loven, og deretter har jeg fulgt referansene lenger og lenger ”bort” fra disse tekstene. De viktigste stedene å lete etter disse påstandene er altså først

og fremst i arbeidene til de personene som refereres til direkte i forarbeidet, og deretter de personene som denne *hovedkjernen* refererer mest til igjen. På denne måten har jeg fått et nettverk av bøker, artikler og avisartikler som referere til hverandre og danner et godt utgangspunkt for å forstå det faglige klimaet som speiles i forarbeidet. Det må også sies at jeg noen ganger forlater dette nettverket helt til fordel for rene påstander i avisene. Avisene ga også påstandene tyngde, samtidig som vi her får et lite innblikk i hvordan de nye narkomane også inngikk i hverdagslivet i Norge på 1960-tallet.

Det må sies at dette ikke er en stor diskurs. Det tok ikke lang tid å bli kjent med dette materialet, da det er et lite knippe personer, tekster og påstander som nevnes veldig ofte. Den medisinske diskursen om de nye narkomane på 1960-tallet kan først og fremst beskrives som en stor *enighet*, selv om man noen ganger ga ulike begrunnelser for påstandene. Medisinerne refererte høflig til hverandre, og den nye narkotikalovent møtte ingen innvendinger fra fagmiljøet eller politikere. Det føles derfor som et riktig valg i denne oppgaven å beskrive diskursen som en helhet i stedet for å forsøke å fange opp uenigheten og debatten rundt de ulike temaene. Det er viktig å forstå at denne formen for narkomani kom veldig brått, og de fleste verkene jeg bruker i avhandlingen dukket opp innen et par år etter at dette fenomenet ble ”oppdaget” (første rettsak for marihuana i desember 1965. De fleste kildene mine er produsert mellom denne hendelsen og 1969). Verkene er på mange måter preget av en viss desperasjon etter informasjon, og den lille informasjonene som fantes ble sitert av så å si alle. Karl Evang, Nils Retterstøl, Nils Bejerot, Helge Waal, John Takman, Arnfinn Teigen refererte til hverandre, skrev bokanmeldelser av hverandres bøker og deltok på konferanser sammen. Når jeg trekker veksler på flere av disse personene for å belyse et bestemt tema, er det fordi jeg vet at deres tekster samstemmer, selv om de selvsagt har ulike interesseområder. Det var først i begynnelsen av 70-årene at man begynte å bli mer kritisk til noen av grunnantagelsene i diskursen.²

Det er også viktig å forstå at jeg ikke her ønsker å ta stilling til sannhetsspørsmålet i det historiske materialet. I et materiale som er såpass nær oss selv i tid er det åpenbart fristende å kritisere forskningen basert på nyere teorier eller å forsøke å utkonkurere 60-årenes egen empiri ved hjelp av nyere historiske metoder. Målet mitt er ikke å stille meg kritisk til materialet, men å ta med leseren inn i en bestemt tid hvor bestemte sannheter virket. Som jeg

² Viktige kritikker som dukker opp i begynnelsen av 70-tallet er Bejerots kritikk av *symptomteorien* (tanken om at narkomani er et symptom på dypere psykiske problemer) og Evangs skepsis til epidemimodellen. Et annet veldig viktig bidrag var Brig Bergersen Linds bok *Narkotikakonflikten* (1972), hvor hun systematisk viste at mange av antagelsene i forarbeidet til den nye loven ikke stemte med empirien.

nevnte i innledningen, er nettopp noe av motivasjonene mine for å skrive denne oppgaven å forstå så nøyaktig som mulig den *rasjonaliteten* som lå bak de politiske tiltakene.

1.3 Kilder

Bøker: En viktig kilde til den medisinske diskursen har vært bøker og populære fremstillinger om narkotika og narkomani. I Norge gjelder det hovedsakelig Karl Evangs *Aktuelle narkotikaproblemer* (1967) og Nils Retterstøls *Medikamentmisbruk* (1967). Disse bøkene ble trykket i mange opplag og gjentar mye av det de nevnte forfatterene publiserte i *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. En annen viktig bok er *Statens klinikk for narkomane 10 års jubileumsskrift* (1971), med artikler av bla. Arnfinn Teigen og Helse Waal. Her får man et godt innblikk i den klassiske og den nye narkomanien sett fra et psykiatrisk perspektiv.

Fra Sverige er den viktigste boken Nils Bejerots *Narkotikafrågan och samhället* (1968). Her gis en oversikt over den svenske narkotikasituasjonen og dens historie. Denne boken utdyper også en del teorier og undersøkelser som Bejerot tidligere hadde publisert i *Läkartidningen*, *Socialmedicinsk tidskrift* og som også ble gjenngitt i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*.

Tidsskrifter: Den kanskje viktigste kilden til den medisinske diskursen har vært medisinske tidsskrifter. Jeg har gått gjennom *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* i perioden 1963 – 1969 og sett etter artikler som handler om rusmisbruk og narkotika. Den som mest aktivt publiserer informasjon om narkotika i *Tidsskriftet* er Retterstøl. Et annet viktig medisinsk tidsskrift for denne avhandlingen er *Socialmedicinsk tidskrift*. Her publiserer både Evang og Bejerot. Også i *Läkartidningen* publiserer Bejerot artikler om det nye narkotikaproblemet. I disse tidsskriftene har jeg kun undersøkt de mest kritiske årene 1965-1968. Et tredje tidsskrift jeg har brukt er *Lov og rett*. Her har jeg lest to artikler om lovgivningsprosessen og en artikkel av Elg Elgesem om den strafferettslige behandlingen av de første ungdomsnarkomane.

Aviser: Jeg har i denne avhandlingen gått gjennom Aftenposten, VG og Dagbladet i perioden 1965-1968. Aftenposten og VG er tilgjengelig elektronisk, og her har jeg søkt etter stikkord som narkotika, narkomani, epidemi, hasjissj, marihuana, cannabis, langhårede, lov om legemidler, narkotikalov, samt alle de relevante navnene. Dagbladet er kun tilgjengelig på mikrofilm, og her har jeg manuelt gått gjennom årene 1965-1966. Av hensyn til fremstillingen

har jeg nok forholdt meg mest til Aftenposten, da det var denne avisen som hadde den mest grundige dekningen av mange av de sakene jeg følger.

Politisk arbeid: En viktig del av denne avhandlingen er forarbeidene til lovene. På det juridiske fakultetsbiblioteket har jeg lest innstillingene, proposisjonene og stortingsforhandlingene til de ulike lovene jeg ser på i denne oppgaven. Jeg har også fått tilsendt interne brev fra Justisdepartementet og Sosialdepartementet fra Riksarkivet.

1.4 Begreper og definisjoner

En kort gjennomgang av noen begreper jeg føler behov for å klargjøre.

Helsedirektør: I avhandlingen omtaler jeg kosekvent Karl Evang som ”helsedirektør”. Før 1945 het denne stillingen ”medisinaldirektør”, og det er derfor en aldri så liten anarkronisme å si at Evang var helsedirektør fra 1938. For enkelhetsskyld har jeg holdt meg til én tittel her.

Rusmisbrukere: I avhandlingen omtaler jeg konsekvent brukere av narkotika som ”misbrukere ” og ”rusmisbrukere”. Dette gjør jeg kun fordi det er slik de omtales i de diskursene jeg følger, og begrepet reflekterer ingen form for vurdering av disse individene fra min side.

Legemiddeloven: Denne avhandlingen kretser rundt to lover.

- 1) Den første av disse lovene er *Lov av 20. juni 1964 om legemidler og gifter*. Denne loven blir ofte i faglitteraturen omtalt som ”Legemiddeloven”, fordi den er knyttet til helsevesnet og legemidler. Når jeg ikke benytter lovens fulle navn vil jeg omtale den som ”legemiddeloven” med eller uten årstallet.
- 2) Den andre loven er *Lov av 14. juni 1968 om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika*. I denne loven innførte man for første gang bestemmelser for narkotika i straffeloven, og det ble slik den første loven om *narkotikakriminalitet* slik vi kjenner begrepet i dag. Når jeg ikke benytter lovens fulle navn vil jeg omtale den som ”narkotikaloven” med eller uten årstallet. Denne loven ble som sagt vedtatt som en reaksjon på det man omtalte som den *nye* narkomanien, og for å gjøre denne forbindelsen helt klar vil jeg ofte omtale denne loven som ”den nye narkotikaloven” med eller uten årstallet.

Cannabis: I den historien jeg tar for meg her står stoffet *cannabis* sentralt. Cannabis er navnet på selve planten, hvorav man kan utvinne hasjisj eller marihuana. Jeg vil i løpet av oppgaven bruke alle tre begrepene (*cannabis*, hasjisj, marihuana), men da det aktive virkestoffet alltid er det samme kan leseren tenke på disse tre begrepene som ett og samme rusmiddel.

Den medisinske diskursen (om de nye narkomane): Med dette mener jeg den omtalen av de nye narkomane som kom fra medisinske fagkretser i den perioden jeg undersøker (ca.

1964-1969). De medisinske fagdisiplinene som inngår i den diskursen jeg ser på her består av sosialmedisin, psykiatri, psykologi, psykoanalyse, farmakologi, epidemiologi og nevrologi. Selv om det forekommer medisinske utsagn både i aviser og hos politikere er kriteriet for å være med i denne diskursen at man besitter medisinsk kompetanse og på denne måten mottok en viss autoritet når man kom med utsagn av medisinsk karakter. Denne diskursen rommer derfor også mange av de internasjonale forskerne som ble sitert av Straffelovrådet og norske medisinerere.

Politisk-juridiske diskursen (om de nye narkomane): Med dette mener jeg den omtalen av de nye narkomane som ble gjort av politikere, administratorer og jurister. Grunnen til at jeg har slått sammen det politiske og juridiske er fordi jeg i denne oppgaven stort sett er interessert i det arbeidet politikerne gjør i form av juridiske og administrative beslutninger.

Hippiediskursen: Man kan grovt sett si at det på 60-tallet var to ulike grupper som engasjerte seg i formidling av informasjon om de ”nye” rusmidlene LSD og cannabis: Det var den politisk-juridiske og medisinske diskursen, som i all hovedsak mente at narkotikabruk var farlig og bør forbys. Også var det hippiediskursen, hvor man mente at bruken av de nye rusmidlene var et positivt framskritt for menneskeheten. I denne diskursen var ikke autoritetene knyttet til et bestemt fagmiljø, men til individer som forfattere, historiske skikkelser og ”guruer” som ofte hadde brukt rusmidlene og hadde en forkjærlighet for østlig filosofi og samfunnskritikk.³

1.5 Om annen forskning

Så vidt jeg kan se foreligger det ingen andre undersøkelser av den medisinske resepsjonen av de nye narkomane. Historieskrivning om 1960-tallets nye narkotikasituasjon vektlegger som oftest det politiske og strafferettslige aspektet, og man har ikke tatt ordentlig tak i den medisinske forståelsen av narkomani og rusmidler. Fordi det har vært så lite skrevet om akkurat dette vil denne avhandlingen først og fremst være en analyse av historisk empiri. Avhandlingen forholder seg altså ikke aktivt kritisk til andre fremstillinger. Det har vært umulig å skrive denne historien uten å også se på den kontrollpolitiske utviklingen, akkurat som det har vært umulig for de andre fremstillingene å ikke nevne den medisinske kunnskapen. Hovedforskjellen mellom min fremstilling og tidligere er altså hvor dypt man har gått inn i de ulike områdene. Mens denne avhandlingen supplerer tidligere undersøkelser med en mer inngående analyse av den medisinske diskursen, supplerer deres undersøkelser min med en mer inngående undersøkelse av politikken og kontrollapparatet.

Jeg ønsker allikevel å plassere avhandlingen i forhold til andre undersøkelser som også tar for seg 1960-årenes nye narkotikasituasjon. De viktigste arbeidene om resepsjonen av de

³ Mer om dette i del 3: De nye narkomane.

nye ungdomsnarkomane gjøres av Ragnar Hauge, Sveinung Sandberg & Willy Pedersen og Brit Bergersen Lind.

Jurist Ragnar Hauge gir i sin bok *Rus og rusmidler gjennom tidene* (2009) en generell innføring i hvordan rusmidler har blitt brukt og forstått forskjellig i ulike perioder og kulturer. Han ser på sosiale forhold som har påvirket bruken av rusmidler, og han gir en bred oversikt over de mest brukte narkotiske stoffenes politiske og forskningsmessige historie. I siste del av boken beskriver han ”Det nye rusmiddelproblemet” som han sporer til 1960-årene.⁴ Han beskriver hvordan en rekreasjonsmessig bruk av stoffer som juridisk sett var klassifisert som narkotika spredte seg blant ungdomsbefolkningen i de industrialiserte landene. Han knytter det nye fenomenet til ungdomskultur, globalisering og hippiebevegelsen.⁵

Mest relevant for denne avhandlingen er hans redegjørelse for cannabis’ introduksjon i Norge. Han skriver at korrelasjonen mellom cannabis og vold/mord var den viktigste årsaken til at cannabis ble ansett som farlig, og viser hvordan denne ideen kom fra en vandrehistorie om den muslimske snikmorderen Hasan som angivelig skulle ha gitt sine soldater hashish for å gjøre de hemningsløse og blodtørstige.⁶ Jeg finner også at korrelasjonen mellom cannabis og vold var gjennomgående både i den medisinske og den politisk-juridiske diskursen, men jeg vil utdype Huges bilde ved å vise at korrelasjonen mellom cannabis og vold ble underbygget i mye annen forskning enn bare vandrehistorien om Hasan. I kapittel 5.2.2 viser jeg at denne påstanden også ble bekreftet av kriminologer og farmakologer.

Sosiologene Sveinung Sandberg og Willy Pedersen vil med sin bok *Cannabiskultur* (2011) vise at den opplevelsen og oppfatningen dagens cannabisbrukere har av stoffet er et produkt av de historiske omstendighetene stoffet ble introdusert under. De mener derfor at ”cannabiskulturen” i Norge i dag fortsatt bærer preg av sentrale idéstrømninger blant ungdom på 1960- og 70-tallet. De omstendighetene de mener var avgjørende ved introduksjonen av cannabis var hippiebevegelsen, venstreradikalisme og at mange av de første brukerne kom fra middelklassen. Med dette som utgangspunkt undersøker de hvordan ritualer og ideer fra disse strømmingene påvirker dagens bruk og omsetning av cannabis i Norge.

Mest relevant for denne avhandlingen er deres beskrivelse av hvorfor cannabis ble ulovlig. De skriver at Opiumsloven fra 1928 er sentral for å forstå kriminaliseringen av

⁴ Ragnar Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene* (Oslo: Universitetsforlaget, 2009), 187.

⁵ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, ”Det nye rusmiddelproblemet”.

⁶ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 206-207.

cannabis. Denne fellesloven tok sikte på å kontrollere opiumshandelen, og det var på mange måter en tilfeldighet av cannabis kom inn i denne loven.⁷ Pedersen og Sandberg mener videre at det var Norges ratifisering av *Single convention on narcotic drugs* i 1967 som var den viktigste årsaken til at man begynte den aktive håndhevingen av narkotikaloven i 1960- og 70-årene. Ettersom denne avhandlingen også ser på noen av bakgrunnsfaktorene til den aktive håndhevingspolitikken, vil jeg drøfte Pedersen og Sandbergs påstander om at disse to avtalene var avgjørende for kriminaliseringen. Jeg argumenterer da for at cannabis antageligvis ville blitt forbudt uavhengig av disse avtalene. Slik jeg ser det var det de medisinske teoriene og den empirien man selv hentet inn i Norge som ble lagt til grunn i norske aviser, Straffelovrådets innstilling og Odelstingsdiskusjonene. Jeg vil drøfte dette nærmere i avhandlingens avsluttende kapittel.

Sosiolog Brig Bergersen Lind's bok *Narkotikakonflikten* (1974) må kunne sies å være den grundigste historiske, og kanskje sosiologiske, undersøkelsen av den nye narkotikaloven av 1968. Hun tar for seg kunnskapen og motivene som ble lagt til grunn for lovendringen, og ser på hvordan håndhevelsen av den nye loven foregikk i praksis. Hun viser hvordan man i Straffelovrådets innstilling og på Stortinget til stadighet understreket at den nye narkotikaloven var ment å ramme profesjonelle smuglere, mens den pleietrengende misbruker først og fremst skulle gis behandlingstilbud. Til tross for dette var det hovedsakelig tunge rusmisbrukere som ble rammet av den nye "proffparagrafen" § 162.⁸ Hun ønsker også å identifisere hvilke grupper i samfunnet som kom i *konflikt* med myndighetene på grunn av de nye narkotikalovene. Her viser hun at den nye loven først og fremst rammet allerede vanskeligstilte ungdommer fra arbeiderklassen.⁹

Mest relevant for min oppgave er den historiske skildringen hun gir av de ulike fasene i norske narkotikapolitikk. Hun skiller mellom den helsedominerte fasen og den strafferettsdominerte fasen, som tilsvarer det jeg har kalt den klassiske perioden og den nye ungdomsnarkomanien. Hun viser hvordan narkotikaproblemet i den helsedominerte fasen først og fremst var et internt problem i helsevesenet, mens den strafferettsdominerte fasen var preget av en aktiv håndhevelse av narkotikaloven gjennom politi og rettsvesen. Hun ser deretter nøyere på de overbevisningene som ble lagt til grunn for lovgivningen. Her finner

⁷ Sveinung Sandberg og Willy Pedersen, *Cannabiskultur* (Oslo: Universitetsforlaget, 2011), 22.

⁸ Brit Bergersen Lind, *Narkotikakonflikten: Stoffbruk og myndighetskontroll* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1976), 107-108.

⁹ Bergersen Lind, *Narkotikakonflikten*, 85-86.

hun at epidemimodellen spillte en sentral rolle i den strafferettsdominerte fasen,¹⁰ og at det vitenskapelige bildet man fikk av de narkomane hovedsakelig var formet av ”ekstreme utvalg av fanger, langtkomne misbrukere og narkomane”.¹¹ Om dette kan bare sies at min analyse viser det samme, og at mens hun kun setter av et par sider til disse forholdene, er hele min avhandling viet til å utforske disse medisinske teoriene og se nærmere på hvordan de i praksis påvirket argumentasjonen i Straffelovrådets innstilling. En annen forskjell er at Bergersen Lind først og fremst ser på hvordan disse forestillingene blir formulert av journalister og politikere i stortingsdebatter, mens jeg først og fremst ser etter disse påstandene i Straffelovrådets innstilling og i medisinsk faglitteratur. Man kan derfor si at Bergersen Linds beskrivelse vektlegger den politiske resepsjonen av de narkomane, mens jeg vektlegger den medisinske resepsjonen. Jeg er stort sett enig med alt Bergersen Lind skriver, og min avhandling må her sies å utdype noen sentrale poenger i hennes historiske framstilling.

1.6 Kontekst

Det nye narkotikaproblemet oppsto ikke i et vakuum, og må sees i sammenheng med andre samfunnsendringer. Jeg vil her se generelt på noen historiske omstendigheter som ligger i bakgrunnen for denne avhandlingen.

1.6.1 En selvstendig ungdomskultur.

Blant historikere og samfunnsvitere er det stor enighet om at det i etterkrigstiden skilte seg ut en stadig mer autonom ”ungdomskultur”. Tidligere i bondesamfunnet var ungdomstiden en kort periode fra man ble klar til å gifte seg til man ble gift. Senere med industrialiseringen ble ungdomstid noe som var forbeholdt unge menn fra borgerskapet som hadde muligheten til å ta noen ekstra år med utdanning etter grunnskolen. I arbeiderklassen måtte mange på 1920-tallet ut i arbeid allerede i 12-årsalderen, og hadde dermed ingen ”ungdomstid”.¹² I løpet av 1950- og 60-tallet ble det mindre bruk for ufaglært arbeidskraft på arbeidsmarkedet, og flere gikk derfor videre på gymnas og høyere utdanning. I følge den svenske sosiologen Erling Bjurström er det dette, kombinert med framveksten av en egen tenåringsindustri, som skapte den nye ungdomskulturen.¹³ Den nye ungdomsnarkomanien må nødvendigvis sees mot denne

¹⁰ Bergersen Lind, *Narkotikakonflikten*, 40-43.

¹¹ Ibid., 40.

¹² Rita Liljeström, ”Forord”, i Erling Bjurström, *Generasjonsopprøret: ungdomskultur, ungdomsbevegelser og tenåringsmarked fra 50- til 80-årene*, norsk oversettelse, (Oslo: Universitetsforlaget, 2002).

¹³ Min framstilling her er basert på Bjurströms analyse. Men da han ser på Sverige bruker jeg norske kilder for å påvise de samme samfunnsendringene i Norge.

bakgrunnen. Jeg vil her se på noen samfunnsendringer som kan forklare framveksten av den nye ungdomskulturen og redgjøre kort for noen av kjennetegnene ved den.

Den nye ungdomskulturen kan sees i sammenheng med forandringene i arbeidsmarkedet og produksjonen. Når de industrialiserte landene fikk mer velstand og automatisert produksjon, så ble det mindre behov for ufaglært arbeidskraft. Den nye produksjonssituasjonen krevde høyere kompetanse, og samfunnet fikk et stadig større behov for forskning og teknologisk framgang.¹⁴ Denne utviklingen gjorde at ungdommen ble fjernet fra arbeidsmarkedet, og oppholdt seg lengre i en utdanningssituasjon: ”Sammenlignet med den første halvdel av århundret [1900] er tendensen klar: Ungdommen kommer stadig senere inn på arbeidsmarkedet og i produksjonslivet”.¹⁵ I Norge ser vi dette bla. i at man i perioden 1959-69 innførte niårig obligatorisk skolegang i de aller fleste av landet kommuner.¹⁶ Hauge skriver at mens det tidligere var vanlig for ungdom i arbeiderklassen å gå ut i arbeid i 14-15 års alderen etter fullført grunnskole, ble det i løpet av etterkrigstiden stadig mer vanlig å ta gymnasutdannelse.¹⁷ Ungdommens sosiale status gjennomgikk altså i løpet av denne perioden en stor forandring. En konsekvens av dette er i følge Hauge at ungdommen i mindre grad omgås voksne, og i større grad omgås jevnaldrende: ”I denne situasjonen – der de unge i liten grad har noen tilknytning til voksensamfunnets arenaer, og i stedet tilbringer store deler av tiden innenfor jevnaldrende grupper – er forholdet til andre unge blitt mer sentralt for den enkelte”.¹⁸ Mens denne aldersgruppen i bondesamfunnet og i den tidlige industrielle fasen jobbet sammen med sine foreldre og tok del i husets oppgaver, ble ungdommen nå i større grad overlatt til seg selv.

En annen viktig faktor for utviklingen av en selvstendig ungdomskultur var framveksten av en tenåringsindustri. Tenåringsindustrien dukket opp i forbindelse med ungdommens forflytning fra fabrikken til skolene, og forsterket ungdommens gruppefølelse. Bjurström mener at ungdommen i denne perioden skiftet rolle fra produsenter til forbrukere:

Etter annen verdenskrig har ungdommenes situasjon og integrering i samfunnet på nytt blitt radikalt forandret. På 50-tallet vokser de inn i de nye forbruksrollene. Tenåringsmarkedet opptrer som et nytt

¹⁴ Berge Furre, *Norsk historie 1914-2000: Industrisamfunnet – frå vokstervisse til framtidstvil* (Oslo: Det norske samlaget, 2000), 200.

¹⁵ Bjurström, *Generasjonsopprøret*, 48.

¹⁶ Trond Berg Eriksen, Andreas Hompland og Eivind Tjønneland, *Norsk idéhistorie VI: Et lite land i verden* (Oslo: Aschehoug, 2003), 194.

¹⁷ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 189.

¹⁸ *Ibid.*, 190.

samfunnsfenomen. Ytre sett begynner ungdommene å avvike fra de øvrige aldersklassene. På 50- og 60-tallet øker ungdommenes kjøpekraft suksessivt som følge av den konstante økonomiske veksten.¹⁹

Ungdomsgenerasjonene på 50- og 60-årene ble altså i større grad enn tidligere selvstendige forbrukere. Det oppsto da markedsføring og produkter som var spesielt rettet mot ungdom, og som forsøkte å fange den ungdommelige ”følsomhet”. Fordi ungdommen ikke lenger deltok i et jobbmarked hvor de kunne identifisere seg med sitt arbeid eller sin kompetanse, var det hovedsakelig som forbrukere de fikk dekket disse behovene.²⁰ Dette kombinert med at ungdommen nå i større grad enn tidligere dannet en egen gruppe i samfunnet førte til en ny form for ungdomskultur. Et viktig aspekt ved den nye selvbevisstheten blant ungdom var at den ble et globalt fenomen. Fremskritt i medieteknologien førte til at ungdommen nå kunne få med seg hva som var populært blant ungdom i andre land: ”Påvirkningen skjedde særlig gjennom massemedia – på den tiden særlig film, utenlandske radiokanaler, aviser og ukeblader – som formidlet informasjon om ungdoms atferd, språk, ytringsformer og preferanser når det gjaldt forhold som musikk og klesdrakt, og dannet mønster for mange unge”.²¹ Dette betød at norsk ungdom fikk kjennskap til hva som beveget seg i trendsettende land som England og USA. Den økende kjøpekraften og globaliseringen førte også til at ungdom reiste mer og utvekslet erfaringer med ungdom fra andre land.²²

Vi ser altså at den nye ungdomskulturen var kjennetegnet ved identitetsforbruk og konformitet til den globale ungdomsbevegelsen. I følge Hauge er det i dette perspektivet vi må se den nye ungdomsnarkomanien: ”Gjennom påvirkningen fra den internasjonale ungdomskulturen fikk rekreasjonsmessig bruk av ikke-tradisjonelle psykoaktive stoffer innpass blant ungdom i den vestlige verden, mye som en protest og et opprør mot voksensamfunnets verdier og holdninger”.²³ Et tydelig eksempel på disse nye trendene blant ungdom finner vi i hippiebevegelsen.

¹⁹ Bjurström, *Generasjonsopprøret*, 48.

²⁰ Ibid., 53.

²¹ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 191.

²² Karl Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer: Marihuana, LSD, sentral-stimulerende midler, sniffing o.l.* (Oslo: Tiden norsk forlag, 1967), 46.

²³ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 193.

1.6.2 Hippiiebevegelsen

Hippiebevegelsen var en av de største ungdomsbevegelsene på 60-tallet. Bevegelsen begynte som et amerikansk fenomen, men spredde seg raskt til Europa. Også i Norge fikk denne bevegelsen en viss oppmerksom og oppslutning. Typisk for bevegelsen var kritikk av det materialistiske samfunnet og bruk av hallusinogene rusmidler. Jeg vil her se kort på noen av hippiebevægelsens aner og vise hvordan den kom til uttrykk i Norge.

Hippiebevegelsen blir som regel beskrevet som en vidreføring av 1950-tallets ”beatnikkultur”.²⁴ Beatbevegelsen var opprinnelig en amerikansk litterær retning med representanter som Allen Ginsberg og Jack Kerouac. Karakteristisk for denne bevegelsen var interessen for orientalske religiøst-filosofiske retninger som zenbuddhisme og taoisme. Læren fra disse retningene ble brukt som et utgangspunkt for å kritisere trekk ved det moderne samfunnet. Mange medlemmer av gruppen brukte også forskjellige psykoaktive stoffer – bla. hallusinogener – for å utvide sin erkjennelse og selvinnsett.²⁵ I San Francisco fantes det på begynnelsen av 1960-tallet ”beatnikkommuner” i områdene North Beach og Haight-Ashbury. Haight-Ashbury ble i denne perioden et Mekka for ungdomskultur, da det var et billig område for mange kunstere og studenter å flytte til.²⁶ Hauge skriver at det var her hippiebølgen oppsto, i kryssningen mellom beatbevegelsen og Harvard-psykologen Timothy Learys kontroversielle LSD-forsøk.²⁷

Leary ble i 1960 tilrådt et professorat ved Center for Personality Research ved Harvard. Han og andre psykologer ved senteret begynte å forske på de psykiske virkningene av hallusinogene stoffer. Bakgrunnen for forskningen var ikke minst de personlige opplevelsene Leary selv hadde hatt med slike rusmidler. Sommeren 1960 i Mexico hadde han sin første personlige erfaring med disse virkningene, da han spiste noen hallusinogene sopper:

I løpet av fire timer ved svømmebassenget lærte jeg mer om sinnet, hjernen og dens struktur enn jeg hadde gjort i de fjorden foregående år som en arbeidsom psykolog. Jeg lærte at hjernen er en underutviklet biocomputer, som inneholder milliarder av utilgjengelige nevroner. Jeg lærte at normal bevissthet er en dråpe i et hav av intelligens. At bevissthet og intelligens systematisk kan utvides. At hjernen kan reprogrammeres. Denne kunnskapen om hvordan hjernen opererer er det mest påtrengende tema for vår tid.²⁸

²⁴ Bjurström, *Generasjonsopprøret*, 79.

²⁵ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 193.

²⁶ Bjurström, *Generasjonsopprøret*, 78.

²⁷ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 194.

²⁸ Timothy Leary, sitert i *Ibid.*, 194.

Learys forskning ble fort kjent blant representanter for beatbevegelsen, og flere kjente forfattere kom for å delta i forsøkene. Leary og hans kollegaer ble våren 1962 kritisert av medisinske universitetslærere som mente at hallusinogener kun burde benyttes av utdannede leger til behandling. Historien fikk vind i media, og over natten var Learys forsøk kjent over hele USA. ”I koplingen mellom beatbevegelsen og dens dyrking av orientalsk mystikk på den ene side, og Harvard-gruppens eksperimentelle tilnærming på den annen, ble bruk av hallusinogene stoffer idealisert som aldri før.”²⁹

I løpet av årene 1966-67 eksploderte ungdomskulturen i San Francisco. Man regner med at om lag 100 000 ungdommer flyttet til byen, og spesielt Haight-Ashbury området, i dette tidsrommet. Hippiebevegelsen begynte nå å ta form: Beatforfatterene ble lest med ny entusiasme, og ungdommelige rockegrupper som Jefferson Airplanes og Frank Zappa spilte på de lokale ungdomsklubbene. Hippiene overtok beatforfatterenes forkjærlighet for orientalske tankestrømninger, og også deres idealisering av erkjennelsesutvidende stoffer. Spesielt populært ble stoffene cannabis og LSD. Mange mente at disse stoffene ga en dypere innsikt tilværelsen, og at de aksentuerte sosialt samvær og kreativitet. I september 1967 ble det anslått at 85 % av Haight-Ashbury-ungdommene hadde brukt LSD minst en gang.³⁰ Leary hadde i løpet av denne perioden mistet sin stilling ved Harvard, angivelig fordi han forsømte sin undervisningsplikt, og hadde blitt en slags profet i hippiemiljøet. Med Learys slagord ”Turn on, tune in, drop out” ble bruken av LSD sett på som et middel til å koble ut av det etablerte samfunnet og starte noe nytt. Hippiene tok avstand fra det konkurranse-baserte samfunnet og ønsket heller å basere seg på fellesskap og kjærlighet mot alle levende vesner.

I Norge fikk hippiebevegelsen sine første representanter blant en gruppe ungdommer som oppholdt seg i Slottsparken fra våren 1966.³¹ Disse ”langhårede ungdommene” var inspirert av det som foregikk i USA, og mange av de brukte cannabis og etter hvert LSD. Et godt bilde av hippiebevegelsens innflytelse i Norge er dette ”manifestet” som ble trykket i Arbeidetbladet 12. august 1967:

Det hollandske fenomenet provos, og det amerikanske fenomenet hippies (hipsters er noe annet, og eksisterer neppe lenger) er to manifestasjoner av en politisk, sosial, filosofisk og kulturell bevegelse som er i ferd med å eksplodere i alle vestlige land. Blant våre forfedre regner vi akunin, Sartre, Thoreau, Nietzsche, Jesus, Gandhi, Gautama og Stirner for å nevne noen få. Politisk bygger vi på anarkismen, ved oppbygging av parallelle institusjoner i våre proagandametoder og i vårt samfunnsyn. Vi bruker direkte og symbolske aksjoner av forskjellig slag, men sjelden vold (Vietnams frihetskamp, og andre

²⁹ Ibid., 194.

³⁰ Ibid., 197.

³¹ Ibid., 200.

nasjonale og kulturelle frigjøringskamper over hele verden har vår sympati). De kinesiske rødgardistene prøver å skape en ny kultur ved hjelp av direkte aksjojn. Vårt mål er det samme, men vi bruker andre midler: lyrikk, humor, musikk. Vi liker former, blomster, mønstre og farger. Vi leser med glede Allen Ginsberg, John Arden, Harry Mulish, Georg Johannesen og Albert Camus. Blant våre brødre regner vi Bob Dylan, John Lennon, Marshall McLuhan, Timothy Leary samt Donovan, Diogenes og Baudelaire. Rusmidler som hasjisj og LSD er en akseptert del av denne kultur som alkohol i andre kulturer, uten at det er noe vesentlig punkt for de fleste av oss. Utenforstående later til å legge overdreven betydning på dette punktet, jeg skal derfor nevne noen momenter av betydning for oss i vår omgang med psykedeliske stoffer: En psykedelisk opplevelse hjelper oss i vår forståelse av andre mennesker virkelighet. Sannhet og realitet er meningsløse begreper som for oss symboliserer livsfjernhet og handlingsshammelse. I skyggen av total utslettelse tar vi oss ikke tid til å slåss om ord. Vi lever i og for en ny verden.³²

Her kjenner vi igjen mye fra den amerikanske hippiebevegelsen: beatforfattere, fred og frihet, Leary og psykedeliske rusmidler. I sommermånedene var Slottsparken full av disse ungdommene. Den første sosiologiske undersøkelsen av de som vanket i parken viste at det hovedsakelig var ungdommer fra middelklassehjem og akademiker-barn som preget parken mot slutten av 60-tallet. Etter hvert som flere kontrolltiltak ble rettet inn mot miljøet, trakk de ressurssterke opprørerne seg bort og igjen var de mest belastede ungdommene som ikke hadde noe annet sted å dra.³³ Hippiebevegelsen i Norge fikk aldri de dimensjonene den hadde i USA, men som vi skal se i løpet av avhandlingen så var det disse ”langhårede ungdommene” som ble ansett for å utgjøre den nye ungdomsnarkomanien i Norge.

1.6.3 Narkotikasitusjonen i Sverige

Når den nye formen for narkotikamisbruk meldte seg i Norge rettet man blikket mot Sverige. Der hadde man allerede opplevd framveksten av en alvorlig form for ungdomsnarkomani, den såkalte ”Preludin-epidemien”. Jeg vil her kort redegjøre for denne epidemiens utvikling med utgangspunkt i Bejerots skildring i *Narkotikafrågan och samhället*.

Preludin var et slankemiddel som inneholdt et amfetaminlignende stoff.³⁴ I Sverige var amfetamin et godt kjent preparat som mange brukte når man hadde behov for å holde seg våken. Fra og med 1939 ble stoffet reseptbelagt, men det var ikke vanskelig å få resept. I 1942-1943 ble det anslått at ca. 3 prosent av befolkningen brukte amfetamin av og til.³⁵ Det første tegnet til at stoffet ble misbrukt så man rundt 1946-47 i Stockholms bohemkretser. Dette miljøet besto av ”en snäv krets av bohemer, författare, skådespelare, musiker och andra konstnärer, som kom att samlas runt det litterära sällskapet Metamorfos”. I tillegg til denne kjernen av kunstnere ble også dette miljøet i følge Bejerot frekventert av ”en rad bisarra,

³² Sitert i Karl Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 139-140.

³³ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 201-202.

³⁴ Amfetamin er et oppkvikkende stoff som ofte kategoriseres sammen med koffein og kokain. Årsaken til at det ble brukt i mange slankemidler var dets appetittnedsettende egenskaper. Ibid., 155-156.

³⁵ Ibid., 156.

vinndrivna och havererade existenser”.³⁶ Omkring 1950 spredde denne formen for misbruk seg fra bohemkretsene og ut til kriminelle og asosiale miljøer i Stockholm, derblant mange ungdommer. Rundt denne tiden sluttet man også å svelge tablettene, og begynte heller å innta dem gjennom sprøyte. Den 24. februar 1954 kunne *Arbetaren* melde at

På kaféerna i Gamle stan, kring Nybroplan och i City hänger varje dag dussintals med tonåringar. Det är skolungdomar, ofta från välbärgade hem, som helt sonika struntat i plugget, driver omkring i gäng, leker bohemer, poeter och – narkomaner. Bland den mer ”avancerade” stockholmsungdomen är det nämligen högsta mode att röka haschisch och marihuana eller att berusa sig medelst Fenedrin [amfetamin] och sömntabletter.³⁷

Selv om man også registrerte bruk av cannabis, var det amfetamin-misbruket som vakte mest oppsikt. De fleste tablettene kom fra apotekene gjennom falske resepter eller resepter anskaffet på falske premisser, men også noe smugling forekom.

Narkotikaproblemet fortsatte å vokse, og i løpet av 1956 registrerte svenske sosialmedisinsere at den nye trenden blant asosial ungdom hadde spredd seg til Göteborg.³⁸ Og i 1957 oppdaget misbrukerne det nye reseptfrie slankepreparatet Preludin. Sommeren 1958 konstaterte mange i Sverige at man nå sto ovenfor en eksplosiv utbredelse av Preludinmisbruk³⁹, og man innførte reseptplikt og skjerpet kontrolltiltakene mot den ulovlige omsetningen av prepratet. Når det da ble vanskeligere å få hånd om prepartet via apotekene, så man stadig flere tilfeller av smugling fra utlandet.⁴⁰ I 1960 uttalte Politimesteren i Stockholm at man nå begynte å nå ”amerikanske tilstander”, og at man regnet med et par tusen narkomane i Stockholm alene.⁴¹

I Norge fikk den svenske situasjonen økt interesse i forbindelse med den første straffesaken for cannabis.⁴² I Norge ble dokumentarprogrammet ”Narkotikaproblemet i Sverige” vist på NRK 3. Mars 1966.⁴³ Dette programmet fikk en viss oppmerksomhet, og ble fulgt opp med et debattprogram med bla. Karl Evang, Arnfinn Teigen og Nils Christie.⁴⁴ Programmet ble knyttet opp mot den da beskjedne narkotikabruken i Norge (hittil hadde man bare hatt én straffesak for cannabis), og i Aftenposten skrev en leser: ”Det var rett og slett

³⁶ Nils Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället* (Stockholm: Bokförlaget Aldus/Bonniers, 1968), 136.

³⁷ *Arbetaren* 24.2.54, sitert i *Ibid.*, 141.

³⁸ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 165.

³⁹ *Ibid.*, 174.

⁴⁰ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 158.

⁴¹ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 187.

⁴² Mer om denne straffesaken i del 3: de nye narkomane.

⁴³ Aftenposten (morgen), 03.03.1966.

⁴⁴ Mette Kristensen, *Program: Diskusjon om narkotikaproblemet*, NRK (2009-2011), <http://www.nrk.no/skole/programdetalj?topic=nrk:program/diskusjon-om-narkotikaproblemet> (13.04.2011).

uhyggelig å se ungdommen tøve omkring på campingplassen etter å ha røkt marihuana-sigaretter. Asosial ungdom på avveier – ungdom som ikke vil arbeide, men bare reise rundt omkring fra land til land”.⁴⁵

Lignende tilstander skulle dukke opp i Norge også. Som vi skal se senere i oppgaven ble den svenske situasjonen og svenske eksperter viktige kilder for forståelsen av det norske narkotikaproblemet. Men mens den svenske epidemien begynte med amfetamin og gradvis ble mer sentrert rundt cannabis, ble den nye ungdomsnarkomanien i Norge introdusert gjennom cannabis. Det kan også se ut til at mens den svenske ungdomsnarkomanien vokste ut av en ”bohematmosfære” på 50-tallet, var de norske ungdommene i større grad inspirert av hippiebevegelsen.

1.6.4 Norsk politikk på 1960-tallet

Historiske undersøkelser av norsk politikk på 1960-tallet gir oss bilde av et land i vekst: industrien hadde vokst stabilt siden 50-tallet, man oppnådde full sysselsetting, folk hadde råd til å forbruke flere varer og tjenester, niårig skole ble innført og flere gymnas ble bygget, trygd og pensjon for alle ble lovfestet. Alt i alt begynte *velferdssamfunnet* å ta form. I *Norsk historie 1914-2000* skriver Furre at denne utviklingen må sees i sammenheng med Arbeiderpartiets dominerende posisjon i norsk politikk før og etter krigen. Jeg vil her se litt kort på den politiske situasjonen i Norge etter andre verdenskrig, og spesielt på sosial- og velferdspolitikken. De politiske beslutningene som ble gjort i forhold til den nye ungdomsnarkomanien må sees i sammenheng med den politiske ideologien og stemningen som preget Norge på denne tiden.

Målet om sosial og økonomisk trygghet som kjennetegnet Arbeiderpartiets etterkrigspolitikk ble allerede formulert av Nygaardsvolds regjering i 1935. Etter den økonomiske nedgangstiden i 20- og 30-årene vant Arbeiderpartiet valget med løftet om å få hele folket i arbeid. En aktiv stat ville skape flere arbeidsplasser gjennom en godt organisert økning av produksjonen.⁴⁶ Samtidig ønsket man å skape et sikkerhetsnett for de som falt ut av arbeidsmarkedet. I 1936 kom *Lov om alderstrygd*, og i 1936-37 kom det nye lover om uføretrygd. I samme periode ble loven om arbeidsvern og sjuketrygd utvidet, og i 1938 kom *Lov om arbeidsløysetrygd*.⁴⁷

⁴⁵ Aftenposten (morgen), 04.03.1966.

⁴⁶ Furre, *Norsk historie 1914 – 2000*, 85-87.

⁴⁷ Ibid., 91-92.

Den tyske okkupasjonen utsatte arbeiderpartiets ambisjoner, men etter krigen ble mange av de vidreført i *Fellesprogrammet*. Stortingspartiene gikk da sammen på tvers av politiske skillelinjer for å reise landet. Men det var fortsatt Arbeiderpartiet som var det største partiet, og med en generell venstredreining i den norske opinionen ble programmet i stor grad en vidreføring av det prosjektet som ble påbegynt før krigen: en aktiv stat skulle stimulerer til vekst og velferd gjennom blandingsøkonomi og sosiale tiltak. I følge Furre var Fellesprorgammet en hjørnesten for Arbeiderpartiets langvarige politiske hegemoni:

Sterkere enn andre parti kunne Arbeidarpartiet indentifisera seg med Fellesprogrammet og dra fordel av det. Partileiar og statsminister Einar Gerhardsen stod fram som Fellesprogrammet i kjøt og blod, forvaltar av samhaldet frå motstandskampen. (...) Folk spurde fyrst og fremst etter mat, klede, hus og trygt arbeid. Arbeidarpartiet svara med plan, regulering og styring av arbeidskraft, kapital og råvarer, ”planhushald” dei kalla.⁴⁸

Ved det første valget igjen etter krigen i 1949 vant Arbeiderpartiet med sin største seier til da, og ble sittende i regjering fram til 1965.⁴⁹ Denne perioden har Furre valgt å kalle ”Den sosialdemokratiske orden”. Han mener at i denne perioden ble mange av ambisjonene til Arbeiderpartiet virkelighet, og selv om mange av disse begynte å realiseres allerede på 30-tallet, var det først nå de kombinert sto fram med særdeles styrke:

Gjennom full sysselsetjing, økonomisk vekst og statlege overføringar skulle alle vera sikra rimeleg levestandard og velferd i ein velferdsstat. Statens ansvar for sysselsetjing, utjamning og velferd var grunnleggjande. Trua på framsteget stod sentralt: Med årvisst stigande vekst vart samfunnet kvalitativt betre. (...) Den sosialdemokratiske orden var altså både eit visjonært politisk prosjekt, ein hegemonisk samfunnsideologi, etterkrigstida si ”store forteljing” om seg sjølv.⁵⁰

Et av de tydeligste kjennetegenen ved den sosialedemokratiske orden var tanken om at staten skulle ta ansvar for borgerene. Staten påtok seg ansvaret for å gi alle skolegang, skape arbeiderplasser og sikre trygd til de som falt utenfor arbeidsmarkedet. Vel så viktig var det å ta vare på befolkningens og samfunnslegemets helse, og det nye helsedirektoratet ble en sentral del av den nye velferdsstaten.

⁴⁸ Ibid., 124.

⁴⁹ Ibid., 138. Et kort avbrudd forekom ved et mistillitsforslag i 1963, men Arbeiderpartiet kom raskt tilbake i regjering.

⁵⁰ Ibid., 150.

Karl Evang var helsedirektør i Norge fra 1938 – 1972, og er kjent som en av velferdsstatens fremste ingeniører. Fra sin studietid var han aktiv i den sosialistiske gruppen Mot dag, og han grunnla senere *Sosialistiske lægers forening*. Evangs sosialistiske tilnærming til helsespørsmålet tilsa at staten måtte ta ansvar for hele befolkningens helse, med et spesielt henblikk mot arbeiderklassen og de svakeste i samfunnet. Måten dette skulle gjennomføres på var ved et effektivt, sentralisert helsevesen i offentlig regi.⁵¹ Dette nye helsevesnet skulle i følge Evang ikke styres av partipolitikk og jurister, men av leger og andre fagfolk. Da krigen var over, ble Helsedirektoratet opprettet under Sosialdepartementet, men med meget stor grad av selvstendighet. Evang hadde under krigen lagt planer for et nytt helsevesen i et frigjort Norge, en plan som var kommet langt på vei i løpet av 60-tallet. Helsedirektoratet ble etter krigen et mektig organ bestående av fagkyndige leger i nøkkelstillinger og med Evang på toppen: ”Under Evangs ledelse ble det buyd opp et sentralisert offentlig helsesystem, med Helsedirektoratet i en dominerende stilling som planleggende, iverksettende og kontrollerende organ, og med vide fullmakter. I de sentrale stillinger plasserte Evang medisiner som opptrådte lojalt mot helsedirektørens linje”.⁵² I 1958 la Helsedirektoratet beslag på mer enn halvparten av stillingene i Sosialdepartementet, og man sa at det var blitt et ”departement i departementet”. Evang mente at Helsedirektoratets arbeid var avhengig av en tung medisinsk kompetanse for å holde seg oppdatert på den vitenskapelige utviklingen. Kun slik kunne man i følge Evang føre ”en fortløpende kamp mot alle de skadelige agens som søker å undergrave menneskenes helse og arbeidskraft”.⁵³ Evangs teoretiske rammeverk kom i stor grad fra *Sosialmedisinen*, et fag som vokste frem sammen med de sosialistiske ideologiene på slutten av 1800-tallet. Faget var allikevel relativt nytt i Norge, og Evang var en viktig teoretiker og eksponent for en sosialmedisinsk forståelse av helsespørsmålet. Dette faget skal vies mer oppmerksomhet senere i avhandlingen.

Som vi ser ble Arbeiderpartiets velferdsstat i stor grad realisert i 1960-årene. Økonomisk opptur, mer utdanning og et universelt trygde- og helsesystem kjennetegner 1960-tallets politiske Norge. Som tidligere antydnet kan nok det nye narkotikaproblemet sees i sammenheng med noen av disse samfunnsendringene, for eksempel utdanningsekspløsjonen og økt kjøpekraft hos ungdom. Mer relevant for denne avhandlingen er den politiske profilen til velferdsstaten, hvor man ønsket å dirigere og organisere samfunnslegemet fra ende til annen. Tanken om at narkomani var et samfunnsproblem som man måtte ”kurere” springer ut

⁵¹ Rune Slagstad, *De nasjonale strateger* (Oslo: Pax forlag, 2001), 363.

⁵² Ibid., 369.

⁵³ Evang, sitert i Ibid., 368.

fra Helsedirektoratets sosialmedisinske velferdsideologi. Vi skal komme mer tilbake til dette i avhandlingens 4. del (Sosialmedisinen).

2. Den klassiske narkomane

Det at den formen for narkomani man begynte å legge merke på midten av 1960-tallet ble oppfattet som ny, gjør det interessant å se på hva man forsto som den gamle varianten av narkomani. Man omtalte denne eldre varianten som den klassiske eller tradisjonelle narkomanien. Det dreide seg om leger og pasienter som misbrakte ellers legale legemidler, og det ble oppfattet som et internt problem i helsevesnet. Å plassere den ”klassiske perioden” tidsmessig er vanskelig. *Slutten* var nok i løpet av 1960-tallet, med fullbyrdelsen av det nye helsevesenet, et strengere apoteksvesen og nye lover rettet mot leger og pasienter. Ettersom det er opium som kanskje var det mest misbrakte legemidlet blant de klassiske narkomane, kan vi i allefall anta at denne formen for misbruk har foregått siden masseproduksjonen av opiumsbaserte legemidler begynte for fullt på 1800-tallet.⁵⁴ Denne selvmedisineringen skapte aldri noen ”krise” slik ungdomsnarkomanien gjorde, og når man i de juridiske og medisinske diskursene tar for seg denne gruppen personer er det tydelig at de også mottok en annen sympati enn de ungdomsnarkomane. Allikevel fikk denne eldre garden av ”eufomane” en viss oppmerksomhet som førte til noen beskjedne lovendringer, men deres historie forblir lite spektakulær sammenlignet med den nye formen for narkomani som ble oppfattet som et alvorlig sosialt problem.⁵⁵

Jeg skal altså i dette kapitlet se på de to hovedgruppene av klassiske narkomane, nemlig den narkomane lege og pasient. Deretter skal jeg se på hvordan ”pasientene” fikk hånd om preparatene de misbrakte, og de to lovtiltakene som ble iverksatt for å forhindre denne engasjerte selvmedisineringen. Hensikten med dette kapitlet er å bli kjent med den klassiske narkomane og *Lov om legemidler og gifter* av 1964. Det var denne loven som ble utgangspunktet for den nye narkotikaloven av 1968.

2.1 Narkomane leger

Narkomane leger ser ut til å ha vært et utbredt fenomen i den ”klassiske perioden”. I Sverige rapporterte for eksempel Nils Bejerot i 1967 at ”ingen annen yrkeskategori torde ha så hög narkomanifrekvens som lakarkåren”.⁵⁶ Bejerot fortalte at man i Amerika antok at ca. 1 % av

⁵⁴ Hauge, *Rus og rusmidler gjennom tidene*, 50-53.

⁵⁵ Mer om dette i del 4: Sosialmedisinen.

⁵⁶ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 107.

legestaben var tunge brukere av morfin, kokain eller heroin, og at mye talte for at problemet var av samme størrelsesorden i Europa.⁵⁷

Det vanligste eksemplet vi finner i medisinsk litteratur er den slitne og middelaldrende legen som har fått smaken for morfin eller et stimulerende preparat. Typisk for denne tragiske historien var at legen også dro med seg sin kone inn i avhengigheten.⁵⁸ Selv om legen og hans hustru var det mest typiske eksemplet, så nevnes også hjelpepleiere, veterinærer, tannleger og lignende.

Om årsaken til denne høye frekvensen av medisinmisbruk blant ansatte i helsesektoren kunne man i forarbeidene til *Lov av 1957 om legers rettigheter og plikter* fortelle at helsepersonell var spesielt utsatt da de både hadde lett tilgang på medikamenter og var i et yrke hvor kropp og sinn var under tung belastning: ”Den medisinske personells harde og anspennende arbeid med krav om aktpågivenhet til alle døgnets tider kan medføre trang til stimulans, samtidig som adgangen til midlene ofte er lett”.⁵⁹ Man mente også at situasjonen kunne bli vanskelig for den narkomane legen, da hans tilstand ofte ble gjenkjent av andre narkomane som da flokket seg rundt han. Det kunne dermed ”utvikle seg en praksis og et miljø som har lite å gjøre med samfunnsnyttig og forsvarlig legegjerning”.⁶⁰

I diskursen om de klassiske narkomane mente man altså at personell i helsesektoren sto i en særlig risiko for å pådra seg denne vonde yrkesskaden, og at spesielt leger kunne ende opp i en situasjon hvor legen selv var narkoman og kun ”behandlet” andre narkomane.

2.2 Narkomane pasienter

Den andre hovedgruppen i diskursen om de klassiske narkomane var pasienter som ved et sykdomstilfelle eller sykehusopphold var blitt avhengige av et preparat. Som Evang forteller: ”Man møtte dem i legens venterom og på apoteket i en fortvilet og intensiv kamp for å skaffe seg mer av medisinen, en kamp som ikke sjeldent førte til konflikt med rettsvesenet, da de ofte i sin fortvilelse også benytter ulovlige metoder for å tilfredsstille sine umettelige behov”.⁶¹ Går vi til tiden rett før inntoget av ungdomsnarkomanien ser vi i en undersøkelse

⁵⁷ Ibid., 106.

⁵⁸ Karl Evang, ”Symposium om prevention av narkomani”, *Socialmedicinsk tidskrift* 1967, 8:426-461, 436.

⁵⁹ Ot. Prp. nr. 52, Om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter, av 15. mars 1957, 2.

⁶⁰ Ot. Prp. nr. 52, 1957, 7.

⁶¹ Evang, *Aktuell narkotikaproblemer*, 31.

utført av helsedirektoratet at man i februar 1956 kunne konkludere med at det i Norge fantes ca. 700 kjente misbrukere av midler i morfin- og amfetamingruppen.⁶²

Man mente at dette stort sett dreide seg om personer i moden alder,⁶³ og at de klassiske narkomane ofte kom fra de høyere sosiale lag. Spesielt kvinner i borgerlige hjem kunne få store doser morfin av huslegen mot ”kvinnesykdommer” som man ikke forsto fullt ut. Dette var en gruppe avhengige som ikke var ute i gaten og vandret, men som beholdt sin sosiale status.⁶⁴ Evang beskrev hvordan mange av de klassiske misbrukerne ”var helt avhengige av [narkotika], men fungerte fortsatt i samfunnet, i blant til og med i ansvarsfulle og krevende stillinger (...) Ja, en del klarte til og med å skjule sin narkomani for sine nærmeste”.⁶⁵

Når det gjaldt årsaken til deres henfallenheter til stoffene forklartes dette stort sett ved avvikende personlighetstrekk og/eller pasientens livshistorie. Evang skiller mellom ”sosiogene” og ”psykogene” årsaker til den klassiske avhengigheten. De sosiogene blir da pasientens livshistorie hvor man i følge Evang antageligvis kunne finne kilden til deres avhengighet:

En del har kanskje gått gjennom en langvarig, smertefull sykdom som hadde gjort det nødvendig å benytte morfin eller andre sterke smertestillende over en lengre tid. (...) Andre hadde ulykkelige livsløp med dype svik og bitre personlige nederlag bak seg. De hadde kanskje fått et arbeid som passet dårlig deres ønske og anlegg og som med nødvendighet skapte en permanent utilfredsstillelse. En del hadde blitt sviktet i sitt kjærlighetsliv ikke bare en gang, og nådd den bitre innsikt at de manglet evnen til å knytte en varig og meningsfull forbindelse til et annet menneske.⁶⁶

Av psykogene årsaker tenkte Evang seg at mange av de klassiske narkomaner hadde avvikende karaktertrekk som ”en ubalansert og usikker personlighet, sterke neurotiske eller psykopatiske trekk, håpløst forhold mellom ambisjoner og evne, følelses og seksuelliv som avviker fra det vanlige”.⁶⁷

⁶² Ot. Prp. nr. 52, 1957, 2.

⁶³ Arnfinn Teigen, ”Ti års virksomhet” i *Statens klinikk for narkomane 10 års jubileumsskrift*, red. av Einar Øfsti, Terje Reinertsen og Åge Javnes (Hov: Statens klinikk for narkomane, 1971), 18. Se også Evang, ”Symposium for prevention av narkomani”, 430.

⁶⁴ Willy Pedersen, *En fremmed på en benk* (Oslo: Universitetsforlaget, 2010), 143.

⁶⁵ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 32.

⁶⁶ Ibid., 32.

⁶⁷ Ibid., 33.

I diskursen om de klassiske narkomane mente man at de avhengige pasientene som oftest ble introdusert for preparatet gjennom en legitim behandling, men at denne medisineringsen på grunn av personlige eller sosiale omstendigheter forandret seg til en alvorlig avhengighet.

2.3 Ukritisk forskrivning

Hvordan klarte så disse personene å få hånd om så store mengder av disse medikamentene som tross alt var reseptbelagt? For det første er det viktig å forstå at den oppmerksomheten vi i dag har rettet mot *avhengighet* ser ut til å være noe man begynner å utvikle i løpet av etterkrigstiden. Mye av den lovlige morfinavhengigheten kan oppfattes som ren medisinsk naivitet og uvitenhet, som for eksempel med den morfinavhengige borgerskapskvinnen eller den ryggopererte hvor dempingen av smerter sakte men sikkert glir over til en avhengighet av preparatet. Dette dukket opp som en pinlig åpenbaring i løpet av 50-tallet, og man hørte fra flere ulike hold at "[a]lt medisinsk personell må under sin utdanning få full forståelse av hvor skjebnesvangre følger slippshendte eller likefrem kritikkfrie bruk av bedøvende midler kan få enten det gjelder eget bruk eller andres".⁶⁸ Også sent som i 1967 forteller Evang at blant miljømessige årsaker til narkomani så står "nøkkelpersonell, d.v.s. leger og annet medisinsk personell" helt sentralt, og at "[h]er må helt fra den første tid innarbeides en ganske annen respekt for de avhengighetsskapende midler enn den som eksisterer idag".⁶⁹

Det kan virke rart for oss at man ikke innså disse problemene. I dag blir man så tidlig som barneskolen introdusert for virkningene av en håndfull narkotiske midler. Men det er nettopp inntoget av denne sensitiviteten vi ser i denne avhandlingen, og den begynner å ta form i løpet av 1950- og 60-tallet. Det er samtidig nødvendig å forstå at de reguleringsmekanismene vi i dag har rundt reseptforskrivning og apoteksdrift nettopp er et produkt av moderniseringen av helsevesnet og akkurat denne prosessen hvor man ble mer oppmerksom på klassisk narkomani. Legene hadde derfor fram til da så å si frie tøyler til å gi ut resepter til seg selv og andre før de lovene jeg nå skal se på trådte i kraft.⁷⁰

Det er altså denne tøylesløse forskrivningen som ble ansett for å være noe av hovedårsaken til den "klassiske narkomanien". Evang skildret i et innlegg holdt under

⁶⁸ Ot. Prp. nr 52, 1957, 7.

⁶⁹ Evang, "Symposium for Narkotikaprevention", 448. Se også Nils Retterstøl, "Misbruk av medikamenter", *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1966, 21:1465-1472, 1471.

⁷⁰ Ragnar Hauge, *Fra opiumskrig til legemiddelkontroll: internasjonal regulering av psykoaktive stoffer*, (Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1989), 82.

Symposium for narkomaniprevensjon hvordan man kunne skille mellom tre typer leger som foretok uhensiktsmessige forskrivninger: 1) den ”snille legen”, som alltid imøtekom sine pasienters ønske om resepter, 2) den profitorienterte legen, som hadde problemer med å få et tradisjonelt pasientklientell, og 3) den narkomane legen, som vi allerede har sett kunne utvikle et klientell av stort sett narkomane.⁷¹ På grunn av denne utsvevende forskrivningspraksisen ble det i 1957 gjort en endring i loven om legers rettigheter og plikter. La oss se på denne loven og hvordan vi her kan se begynnelsen på slutten av de klassiske narkomanes storhetstid.

2.4 Lov om legers rettigheter og plikter.

Den politiske reaksjonen på dette fenomenet kom med *Lov av 28. juni 1957 om endring i lov om legers rettigheter og plikter*. Det man ikke var fornøyd med i den eksisterende loven av 1927 var mangelen på mulighet for å gripe inn mot ”snill” og kritikklos forskrivning av vanedannende medikamenter.

I forarbeidet til den endrede loven forklarte man at Helsedirektoratet var blitt oppmerksomme på at det foregikk et visst misbruk av bedøvende midler i Norge, og at denne formen for misbruk synes å ha økt de siste årene. Man la også merke til at ”de aller fleste eufomane får sine forsyninger av bedøvende midler på gyldige legeresepter”.⁷² Helsedirektoratet så ut til å allerede ha noen spesifikke leger i tankene:

Ved en undersøkelse av enkelte legers forskrivninger av morfin, fant helsedirektøren at 6 privatpraktiserende leger alene hadde ansvaret for ca. 2,4 % av landet samlede morfinforbruk i 1955, dvs. at disse 6 leger til sammen forskrev mer morfin til sine pasienter enn det samlede forbruk i byer som Trondheim og Stavanger, og bortimot like meget som årsforbruket i Bergen.⁷³

Man tenkte seg at det var en hard kjerne med leger som forskrev folk inn i avhengighet. Ikke bare forskrev disse legene mistenkelig mye morfin, men man visste at ”hovedmengden av den morfin som forskrives av disse leger går til eufomane som er kjent av Helsedirektoratet”. Man ønsket derfor en juridisk mulighet til å gripe inn mot disse legene.

I forarbeidene skrev man at den opprinnelige loven av 1927 ikke var utformet med tanke på å forhindre denne form for forskrivning. Den eneste sanksjoneringsmuligheten man hadde var muligheten til å kunne stoppe tungt eufomane leger ved hjelp av § 16: ”Dersom en

⁷¹ Evang, ”Symposium for narkotikaprevention”, 436.

⁷² Ot. Prp. nr. 52, 1975, 2.

⁷³ Ibid., 3.

læge på grunn av sinnsykdome eller sjelelig svekkelse eller på grunn av misbruk av sterke drikke eller *bedøvenende midler* anses uskikket til å utøve sin virksomhet, kan retten hertil frakjennes ham ved dom for den tid tilstanden varer”.⁷⁴ Denne loven opplevde man som utilstrekkelig fordi ikke alle de forskrivningsglade legene var eufomane selv, og at på grunn av bevisvanskeligheter var det i praksis nesten umulig å gripe inn på dette grunnlaget før legen ikke lenger hadde praktiske muligheter for helbredelse og før han allerede i noen tid hadde representert en fare for sine pasienter.⁷⁵

Et annet aspekt var at hvis man først benyttet § 16, så dreide det seg om å frata legen hele sin praksisrett. Men det man ønsket med den nye loven var kun å frata legen forskrivningsretten så fort man mistenkte at han foretok kritikkløse forskrivninger:

Formålet med lovforslaget er å få hjemmel for å reagere hurtig og effektivt mot enhver form for misbruk. Dette gjelder også en leges begynnende misbruk. Det vil være gunstig for alle parter at misbruket kommer under kontroll før man må gå så langt som å anlegge sak til fradømmelse av legens hele praksisrett etter legelovens § 16.

Denne loven skulle altså fungere forebyggende ved å være hurtig. Man vedtok derfor at en lege som drev med mistenksom forskrivning først skulle få en advarsel hvorpå han hadde muligheten til å ”revidere sine kunnskaper og sin praksis”, før saken ble brakt inn for *Kontrollrådet for legers forskrivninger av bedøvende midler*.⁷⁶ Den 29. Mai 1957 vedtok man derfor endringen av loven med en ny § 5a :

Dersom det er skjellig grunn til å anta at leges forskrivninger av bedøvende midler må anses som uforsvarlige legevirkosomhet, kan departementet etter forgjeves å ha advart ham, bringe saken inn for Kontrollrådet for legers forskrivninger av bedøvende midler. Departementet kan, fra den tid det har brakt saken inn for rådet, frata legen rett til å forskrive bedøvende midler inntil saken er endelig avgjort.⁷⁷

Denne lovendringen skulle altså forhindre misbruk av narkotiske midler ved å stanse leger som (ofte bevisst) forskrev morfin til kjente og ukjente eufomane.

⁷⁴ Ibid., 4. Min kursiv.

⁷⁵ Ibid., 7.

⁷⁶ Ibid., 9.

⁷⁷ Innstilling O. nr. 123, Innstilling fra sosialkomitéen om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter, av 29. mai 1957, 171.

Dette ble altså det første politiske tiltaket mot klassisk narkomani. Men medikamentene tok også en annen vei ut til misbrukerne: gjennom falske resepter, falske diagnoser, apoteksinnbrudd og ulovlig salg av lovlig medikamenter. Dette var et aspekt ved diskursen om de klassiske narkomane som dukker opp i paraplyloven om legemidler og gifter som ble utarbeidet i perioden 1957-1964.

2.5 Falske diagnoser

Man mente altså at ukritisk forskrivning var en viktig årsak til den klassiske narkomanien. Men en annen side av saken var at mange pasienter klarte å lure til seg medikamenter. Som jeg allerede har vært inne på så var det få restriksjoner og kontrollmekanismer rundt resepter, noe som ble utnyttet av misbrukere. Vi kan for eksempel se dette når Evang i 1967 skrev at han håpet helsevesenet snart kunne få en komplett oversikt over forskrivninger og resepter med den fremtidige innføringen av EDB i apoteksvesenet.⁷⁸ Et annet aspekt ser ut til å være at det var vanlig å få resept basert på et brev eller en telefonsamtale. Dette kombinert med at man ikke hadde noen fastlegeordning slik vi har i dag førte til mange kreative påfunn.⁷⁹ I forarbeidet til Legemiddeloven av 1964 forteller man at "[p]ersoner som misbruker bedøvende midler søker ofte å unndra seg kontroll ved å oppgi falsk navn og adresse til legen. De søker også ved andre falske opplysninger å forlede legene til å utstede resepter". Man skriver at det selvsagt også kan forkomme at personer som ikke misbruker slike midler søker å skaffe seg ulovlige forsyninger til omsetning.⁸⁰

Pasienter forsøkte altså å få medikamenter basert på falske diagnoser. Andre strategier var falske resepter og apoteksinnbrudd. I Norge kan man for eksempel i høyesterettsdommene *L. nr. 16/1958* og *L.nr. 139/1961* lese om personer som er dømt både for apoteksinnbrudd, reseptblokktyveri, reseptforfalskning og uthenting av medikamenter på falsk resept.⁸¹ Når man da i overgangen til 1960-tallet skulle omarbeide hele apotekslovgivningen og bla. integrere den eldre Opiumsloven mente man at det var behov for lover som ikke rettet seg mot den forskrivende legen, men mot pasienten (eller ikke-pasienten) som mottok medikamentene.

⁷⁸ Evang, "Symposium om prevention av narkomani", 436.

⁷⁹ En gjennomgang av mange kreative forsøk i Sverige gjenngis i Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 160-165.

⁸⁰ Innstilling II fra Komiteen til revisjon av apoteklovgivningen m.v., av 3. mars 1959, 40.

⁸¹ *L. nr. 16/1958* og *L.nr. 139/1961*, i *Norsk retstidende* (Oslo: Den norske advokatforening, årlig).

2.6 Lov om legemidler og gifter

Lov av 20. juni 1964 om legemidler og gifter m.v. var del av en større revidering og samordning av et knippe eldre lovparagrafer om apoteksdrift, legemidler og lignende. Forarbeidet til loven begynner med å vise hvordan de forskjellige lovene har kommet til ved behov i løpet av apotekets historie fra slutten av 1600-tallet. Komiteen skal ha blitt oppnevnt fordi disse mange spredte lovparagrafene var blitt tungvinne å administrere.⁸² Med et friere marked og større produksjon av legemidler enn før var det på tide å samordne og effektivisere lovgivningen: ”Formålet med det forslag til lov om Legemidler og gifter som komiteen nå legger fram, er ut fra rent helsemessige hensyn å skaffe grunnlag for en effektiv kontroll med tilvirkning og omsetning av legemidler, gifter [osv.]”.⁸³ Som vi ser dreide det seg stort sett om tilvirkning og omsetning, noe som kommer litt på sidelinjen av denne avhandlingen. Det som er viktig å få fram her er hvordan man tok opp diskursen om den klassiske narkomane og hans mange måter å få hånd om legemidler på, og på dermed la grunnlaget for den individorienterte narkotikalovgivningene man vedtok i 1968.

I kapitlet ”Opium og andre bedøvende midler” tok man for seg den klassiske narkomane. Man henviste til den endrede loven om legers rettigheter og plikter, og gjenntok at det var blitt et stadig større misbruk av bedøvende stoffer i Norge:

Helsemyndighetene arbeider til stadighet med saker om personer som misbruker bedøvende stoffer. En antar derfor at det vil være hensiktsmessig at det i loven finnes bestemmelser som er rettet mot personer som skaffer seg disse stoffene på *falske premisser*, og personer som *uten lovlig hjemmel skaffer andre personer slike stoffer*.⁸⁴

Vi ser her hvordan man ikke var tilfreds med loven som skulle sikre at leger ikke misbrukte sin forskrivningsrett, men også ville forhindre at privatpersoner skulle få fritt spillerom i forhold til legemidler og resepter. Dette ble begrunnelsen for innføringen av paragraf § 22 som lød:

Det er forbudt uten lovlig atkomst å være i besittelse av narkotika m.v. og å skaffe seg adgang til å få kjøpt slike varer under falske opplysninger, for eksempel om navn, bosted, sykdom eller sykdomstegn.

⁸² Innstilling II 1959, 3.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ibid., 32. Min kursiv.

Slike midler må ikke anvendes til annet formål enn de er utlevert til, og må ikke uten lovlig hjemmel overdras til eller erverves av andre enn den som resepten eller rekvisisjonen er utstedt til. Resept eller rekvisisjon må ikke overdras til eller erverves av andre enn den de er utstedt til.⁸⁵

Med denne lovparagrafen ønsket man altså å kunne straffeforfølge personer som fikk utlevert legemidler basert på falske opplysninger, eller omsatte legemidler til personer uten resept. Denne lovaragrafen var altså først og fremst rettet mot de klassiske narkomane.

2.7 Avrunding

Denne loven ble vedtatt 20. juni 1964 og har blitt stående frem til i dag med en del endringer. Den viktigste endringen denne loven undergikk forekom bare fire år etter den vedtas, i 1968. Man tok da tak i denne loven som opprinnelig var utformet for å sette en demper på den klassiske narkomanien, og rettet den i stedet mot det man oppfattet som en langt mer faretruende form for narkomani. Noe av det sentrale i dette kapitlet har vært å vise hvor uløselig den klassiske narkomanien er knyttet til helsesektoren. Bergersen Lind har formulert dette på en treffende måte: ”Deres problem representerte en utfordring og bekymring særlig for helsemyndighetene, men ble ikke sett som en akutt trusel for det norske samfunn”.⁸⁶ Vi skal altså videre se hvordan paragrafen § 22 i Lov om legemidler og gifter blir plukket opp av en ny og annerledes diskurs, hvor den ikke lenger var tenkt å hjelpe helsevesenet å ivareta sin reseptpraksis, men å kriminalisere de nye narkomane.

3. De nye narkomane

3.1 Statens klinikk for narkomane.

Et godt tidsbilde på den forandringen som hendte på midten av 1960-tallet kan man se i historien om Norges første rehabiliteringsinstitusjon for narkomane. Som vi har sett kom det med Legemiddelloven i stand nye lover rettet både mot ansatte i helsevesenet og pasienter. Men Helsedirektoratet ønsket også å kunne rehabilitere de som allerede var havnet ut i misbruket. Man åpnet derfor i 1961 Statens klinikk for narkomane,⁸⁷ Europas første spesialklinikk for narkomane.⁸⁸ Allerede det første året hadde klinikken 67 innleggelser. Aldersfordelingen blant disse første pasientene forteller oss at det her var snakk om et stort

⁸⁵ Ibid., 52.

⁸⁶ Bergersen Lind, *Narkotikakonflikten*, 31.

⁸⁷ Heretter omtalt som SKN.

⁸⁸ Chrstofer Lohne-Knudsen, ”Klinikkens forhistorie” i *Statens klinikk for narkomane 10 års jubileumsskrift*.

sett godt voksent klientell: 47 av de innlagte var mellom 30 og 50 år, og 15 var over 50. Bare én pasient var mellom 20 og 25 år.⁸⁹

Klinikken møtte på mange utfordringer i løpet av sine første år i drift, men 1966 markerte en uforutsett utfordring som rystet hele institusjonens fundament. Den første narkomane av den *nye* typen ankom institusjonen: En person under 20 år som ikke var avhengig av de klassiske legemidlene, men nye illegale narkotika. Man kan si at etter dette var trenden snudd: i løpet av ett år tok de nye narkomane over behandlingsplassene som opprinnelig var ment for de tradisjonelle misbrukerne. Fra og med 1967 var alltid 50 - 70 % av pasientene under 25 år. Overlege Arnfinn Teigen så i 1971 tilbake på den store forandringen som hendte:

Aldersfordelingen har gjennomgått en del endringer. Fra 1961-1967 var størsteparten av belegget i alderen 30-50 år. Det var vesentlig pasienter som tilhørte den gruppen vi i dag kaller tradisjonelle narkomane. (...) Etter 1966-1967 mottok klinikken i stigende utstrekning yngre pasienter helt ned i 15-årsalderen. Senkningen av det gjennomsnittlige aldersnivå skjedde parallelt med det tiltagende misbruk av illegalt ervervede narkotika som gruppefenomen.⁹⁰

Noe som blir viktig å legge merke til i dette sitatet er at den ungdomsnarkomane ikke bare skilte seg ut med sin lave alder. Teigen påpeker også to andre kjennetegn som da var gjennomgående i den medisinske diskursen om de nye narkomane: For det første mente man at de nye ungdomsnarkomane ikke misbrukte de tradisjonelle narkotiske legemidlene, men stoffer som ikke tidligere hadde hatt utbredelse i Norge, som cannabis og LSD. For det andre hevdet man at det nye ungdomsmisbruket var et *gruppefenomen*, og ikke en historie om ensomt misbruk, slik man kjente fra de klassiske narkomane. Psykiater Helge Waal ved SKN kunne fortelle at "[e]t stigende antall unge skilte seg ut med varierende former for påkledning og frisyrrer – og med kritiske holdninger til den voksne verdens krav og verdier. Et ledd i dette var eksperimentering med den gang ukjente og eksotiske rusmidler".⁹¹ Disse ungdommene var altså ikke bare fysiologisk avhengige av narkotika. Misbruket var en del av en mer omfattende *ungdomskultur*. Waal påpeker at de 40 første ungdomsnarkomane de mottok "var i stor grad intellektuelt og ideologisk preget av ungdomsopprøret".⁹²

⁸⁹ Teigen, "Ti års virksomhet".

⁹⁰ Ibid., 18.

⁹¹ Helge Waal, "Ungdomsnarkomani" i *Statens klinikk for narkomane 10 års jubileumsskrift*, 36.

⁹² Ibid., 37.

Men ikke alt var nytt. I følge Teigen var det en ting de nye narkomane hadde felles med de klassiske, og det var at også deres narkomani kunne sees i lys psykiske problemer og mistilpasning: ”[i] vesentlig grad syntes imidlertid også de unges stoffmisbruk å ha sitt utspring i psykiske lidelser som atferdsnevroses, tilpasningsvansker og andre personlige og sosiale problemer”.⁹³ Denne korrelasjonen mellom psykiske problemer og rusmisbruk var gjennomgående for hele den medisinske diskursen. Det psykiatriske bildet av de nye narkomane ble på mange områder en vidreutvikling av det bildet man allerede hadde av de klassiske narkomane.

Da en sosiolog i 1970 besøkte institusjonen for å gi en evaluering av behandlingssituasjonen, la han merke til en spenning mellom de tradisjonelle og de nye narkomane. De nye narkomane fikk mye oftere viljen sin fram i fellesmøter og krangler, og sosiologen mente dette måtte være fordi ungdommene i større grad representerte et akutt problem for institusjonens ansatte. Fordi de ungdomsnarkomane i større grad var en byrde på institusjonen, ble også mer energi rettet mot dem.⁹⁴ Etter alt å dømme gir SKN oss her et miniatyrbilde av situasjonen slik den utspilte seg i resten av det norske samfunnet. De ungdomsnarkomane lagde mer leven enn de tradisjonelle, og overtok de klassiske narkomanes plass i søkelyset over natten.

Jeg har her brukt historien om SKN for å introdusere de *nye* narkomane. I denne korte historien har jeg også så smått introdusert hovedtendensene i den medisinske diskursen om de nye narkomane. Her mente man at ungdomsnarkomanien kjennetegnes ved: 1) nye illegale rusmidler, 2) misbruk i grupper/gjenger, 3) en ideologisk tilnærming til narkotika, 4) rusmisbruk som resultat av oppvekst og psykiske problemer. Da man i 1964 vedtok Legemiddeloven hadde man ikke opplevd en slik ungdomsnarkomani i Norge, og som vi nå skal se følte myndighetene at denne loven måtte tilpasses de nye forholdene.

3.2 Da cannabis kom til Norge.

I Norge ble ungdomsnarkomanien forbundet med cannabis. Som vi skal se her var det liten interesse for dette stoffet i norsk offentlighet frem til stoffet ble ”oppdaget” innenfor landegrensene. Den første straffesaken for bruk av marihuana i desember 1965 introduserte denne nye formen for misbruk for norsk offentlighet, og fra og med dette øyeblikket fikk man stadig flere nyhetssaker, debatter og straffesaker. Allerede i september 1966 sendte

⁹³ Teigen, ”Ti års virksomhet.”, 18.

⁹⁴ Terje Binder, *Stoffmisbruk, ideologi og behalding: en kritisk studie av et behaldingstilbud*, (Oslo: Gyldendal, 1974), 82-84.

Justisdepartementet, i samarbeid med Helsedirektoratet, en melding til Straffelovrådet og ba det vurdere de gitte strafferammene i Legemiddeloven, og hvorvidt det trengtes en ny lovteknisk utforming av straffeparagrafene. Jeg vil i det følgende se på noen viktige hendelser i perioden fra den første straffesaken for marihuana og til Straffelovrådet begynte dette arbeidet. Hensikten med denne delen er først og fremst å vise den juridiske situasjonen, men i møtet med narkomanien er den juridiske diskursen uløselig knyttet til den medisinske. Tanken om at narkotikabruk var et onde som burde forbys kom nettopp fra medisinene, og både i aviser og rettssaker var de medisinske autoritetene aktive formidlere av informasjon om det nye fenomenet. Myndighetenes resepsjonen av de nye narkomane ble derfor formet av to ulike diskurser: den medisinske diskursens tanke om at narkotikabruk var et samfunnsøde, og den politisk-juridiske diskursens tanke om generalpreventive hensyn. Som en motvekt til disse to diskursene vil vi også få et kort innblikk i ”hippiediskursen”. Her ble bruk av cannabis knyttet opp mot nye opplevelser og verdier, kreativitet, spiritualitet og generasjonskonflikten. Spørsmålet om cannabis i Norge på 1960-tallet handlet om mer enn bare de fysiologiske virkningene av et nytt rusmiddel.

I denne delen følger jeg stort sett norske aviser (Dagbladet, VG og Aftenposten), interne brev i Sosial- og Justisdepartementet, og dokumenter fra Høyesterett for å vise hvordan stoffet ankom Norge. Jeg vil først se på Devold-saken, hvor man for første gang ble konfrontert med ideen om marihuana i Norge. Deretter vil jeg se på den første straffesaken i forhold til marihuana og de reaksjonene som fulgte. Blant disse reaksjonene finner vi både hippiediskursen og den medisinske diskursen, som begge kjempet om definisjonsmakt i formidlingen av det nye rusmidlet. Vi ser også starten på den aktive håndhevingen av straffeforfølgelse for narkotikaforbrytelser. Til slutt vil jeg se på to episoder som preget nyhetsbildet våren/sommeren 1966. Begge disse episodene fikk direkte betydning for arbeidet med den nye loven: man så at strafferammene for smugling måtte økes, og at man måtte ta stilling til om *bruk* av narkotika skulle være forbudt ved lov.

3.2.1 Devold-saken. (August-November 1965)

Cannabis var et så å si ukjent stoff i Norge før 1965. Noen korte bemerkninger dukket opp i nyhetssaker fra Amerika og oversatte kriminalnoveller, men verken i norske aviser eller medisinske tidsskrifter var cannabis et aktuelt tema. Sommeren 1965 skulle dette forandre seg. Journalisten og jazz-musikeren H.F. Devold skrev en artikkel i Sunnmørsposten 30. Juli hvor han gikk kraftig ut mot den årlige jazz-festivalen i Molde: ”Ingen kan oppgi de eksakte tallene, men alle som har noe med denne festivalen å gjøre vet at når det gjelder de ’mildere’

narkotika, som marihuana, og når det gjelder de livsfarlige stoffene, så smugles det i disse dager store kvanta til Rosens by. Kort og godt som nødvendighetsartikler”.⁹⁵ Devold hadde selv deltatt på festivalen i mange år og uttrykte at han var skuffet over den utsvevende narkotikabruken. Artikkelen førte til at arrangørene av festivalen gikk til sak mot Devold, mens politiet begynte en etterforskning for å avdekke om påstandene var sanne eller ikke. Politiet kunne ikke påvise at det var funnet sted noe bruk av narkotika: ”Politietterforskningen i Molde har foreløpig ikke gitt indikasjoner på at det finnes narkotiske midler illegalt i byen. Saken har vært grundig undersøkt både ved hjelp av forehør og sivilkledd politimenn på arrangementene, men det er ikke påvist noe som støtter beskyldningene”.⁹⁶ Etterforskningen blusset deretter opp igjen da en journalist i en lokalavis fra Kristiansand hadde overhørt noen ungdommer fortelle at de var blitt tilbudt marihuana-sigaretter under jazz-festivalen.⁹⁷ Politiet gikk ut i den samme lokalavisen og fortalte at hvis det var noen som visste noe om disse forholdene, måtte de si ifra. Ingen meldte seg, og politimesteren i Kristiansand fortalte at man nå neppe trodde at noen var blitt tilbudt marihuana i Molde: ”[a]t det ikke er kommet noen reaksjoner tyder på at historien ikke kan ha noe særlig for seg”.⁹⁸

Politiet rettet seg igjen mot Devold, og han ble i høyesterett dømt til å måtte navngi de personene han omtalte i artikkelen. Dette dreide seg om en person som skulle ha hatt en marihuanaplante i Norge, to personer som hadde tatt med en koffert med marihuana til Norge og hvem andre enn Devold selv som hadde sett den nevnte kofferten.⁹⁹ Devold nektet å svare på noen av spørsmålene, og ble idømt en bot på 500 kr.¹⁰⁰ Man forteller i Høyesterettsdommen at man ”ikke finner det nødvendig å ta stilling til om det er straffbart å røke marihuanasigaretter”, da denne saken først og fremst dreide seg om innførsel og distribusjon av marihuana.¹⁰¹

Dette kan altså sies å være den første omtalen av cannabis i norsk offentlighet, selv om både politiet og arrangørene benektet at det kunne ha foregått noe misbruk under festivalen. Det Devold-saken kan fortelle oss om den norske narkotikasituasjonen er hvor ukjent alt dette var på denne tiden. Politiet avfeide veldig raskt hele tanken om at det kunne ha vært marihuana på festivalen. Som vi så utløste heller ikke saken noen offentlig debatt om stoffet,

⁹⁵ http://www.moldejazz.no/2009/index.php?page_id=2100 (Besøkt 30.8.2010)

⁹⁶ Aftenposten (morgen), 03.08.1965.

⁹⁷ Aftenposten (morgen), 05.08.1965.

⁹⁸ Aftenposten (morgen), 07.08.1965.

⁹⁹ L.nr. 904/1965, i *Norsk retstidende*.

¹⁰⁰ http://www.moldejazz.no/2009/index.php?page_id=2100 (Besøkt 30.8.2010)

¹⁰¹ L.nr. 904/1965, i *Norsk retstidende*.

og man følte det ikke nødvendig å se nærmere på Legemiddelovens tilstrekkelighet i forhold til bruk av marihuana.

3.2.2 Den første straffesaken. (14. Desember 1965)

I desember 1965 ble den første personen i Norge straffedømt for besittelse av marihuana. Denne rettssaken markerer tydelig inntoget av den nye formen for narkomani i Norge. I kjølvannet av dommen åpnes en debatt som for fullt introduserte marihuana i norsk offentligheten. Jurister, politikere, politi, medisinere og privatpersoner engasjerte seg i de påfølgende diskusjonene, og etter denne rettssaken så man stadig oftere nye rettssaker. Her skal vi først se på denne rettssaken, og deretter noen av reaksjonene den førte til.

Den 14. desember kunne man lese i Aftenposten at en amerikansk student var blitt dømt for å ha brukt marihuana 20-30 ganger.¹⁰² Amerikaneren var 27 år og kom til Norge for å studere psykologi. Stoffet hadde han fått fra en annen student som han ikke ønsket å navngi. Som vitner i rettssaken kalte man inn ”en lege og to lærerkrefter ved Universitetet”, som alle ga studenten ”rosende omtale”. Som sakkyndig vitne kalte man inn Professor dr. med. Jae Molland for å uttale seg om marihuana. Han kunne fortelle at stoffet ble betraktet som en farlig rusgift i faglitteraturen: ”ved misbruk kan den imidlertid hensette vedkommende i en såpass opphisset tilstand at det kan føre til voldsforbrytelser. Hvis bruken blir utbredt blant ungdom, må man frykte for at det kan medføre utbrudd av alvorlige opptøyer i spesielle situasjoner”.¹⁰³

Av formidlende omstendigheter regnet man med at studenten hadde anskaffet stoffet til personlig bruk, og at det antageligvis ble gjort i forbindelse med faglig nysgjerrighet. Allikevel måtte man av generalpreventive hensyn se saken som alvorlig, ”fordi bruken av stoffet kan innebære en tilvenning for brukeren selv og for hans omgivelser”.¹⁰⁴ Man så heller ikke pent på at studenten hadde latt andre som var nysgjerrige få prøve hans stoff. Studenten ble idømt en bot på 500 kr og fradømt mulighet til videre oppholdstillatelse. Studenten anket dommen om nektet oppholdstillatelse, men departementet avviste anken og man fikk ytterligere bekreftet av helsedirektøren hvor farlig marihuana måtte ansees å være.¹⁰⁵

¹⁰² Aftenposten (morgen), 14.12.1965.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Aftenposten (morgen), 10.03.1966.

3.2.2.1 Reaksjoner på dommen.

Mange reagerte på den strenge dommen, og for første gang fikk man en sterkt polarisert debatt om narkotika i Norge. Når man tidligere hadde gitt offentlig omtale av f.eks. morfinavhengighet vakte ikke dette stor debatt, nettopp fordi alle ser ut til å være *enige* om at dette er noe som må unngås. Omtalen av cannabis skapte derimot en livlig debatt, nettopp fordi man her var *sterkt uenige*. Formidlingen av stoffet skjedde i form av to ulike diskurser: ”hippediskursen” og den medisinske diskursen. Det disse først og fremst diskuterte var om marihuana var noe man trenger å forby ved lov. Og det neste spørsmålet som da reiste seg, var hvorvidt det var rettferdig å landsforvise en person som hadde brukt dette stoffet på en forholdsvis sindig måte. Men debatten viser også ulike syn på samfunnet og hva det var verdt å leve for. Jeg vil her se på de viktigste reaksjonene i kronologisk rekkefølge.

”Lovbeskyttet overtro” (22. Desember 1965)

En uke etter at dommen falt ble kronikken ”Lovbeskyttet overtro” trykket i Dagbladet. ”Denne kronikken arter seg som en hasjisj-røykers bekjennelse”, skriver forfatteren Trygve Vegge.¹⁰⁶ Han fortalte innledningsvis at Norge nylig hadde sin første marihuanasak, og at han ønsket å avmystifisere stoffet. Han ga så en gjennomgang av ny forskning på cannabis, hvor konklusjonen hans var at stoffet farmakologisk sett ikke var farligere enn leverpostei. Han skildrer deretter i detalj hvordan han personlig hadde opplevd mystiske erfaringer i hasjrus, og hvordan dette hadde styrket hans nærhet til livet selv og menneskene rundt han:

[hasjisj eller marihuana] er besværlige midler å ta, for de dytter på en mer håndfast, levende virkelighet enn man har kapasitet til å oppleve ordentlig – helt motsatt alkoholrusen, som sløver og gjør syk. (...) Marihuana- og hasjisjrøykeren kan oppleve meget konkret at verden er hellig. Jeg vil ikke glemme den skjønnhet og velsignelse jeg har følt meg overøst og overstrålt med fra alt jeg sanset.

Som vi ser skildret kronikkforfatteren sterke opplevelser, men han beskrev også opplevelsene som ”besværlige”. Han mente at nettopp fordi marihuanarusen kunne gi deg et nytt syn på livet og virkeligheten, kunne dette også skape angst hos den som allerede hadde investert mye i sitt verdensbilde:

[cannabisrusens] banale virkelighet kan være provoserende nok for mennesker som med sin sjel det meste av tida oppholder seg innenfor sine faste begreper – bekymringer for å bli vellykte og holde mål

¹⁰⁶ Trygve Vegge, ”Lovbeskyttet overtro”, Dagbladet, 22.12.1965.

for en endeløs rekke av innbilte instanser. (...) Når hasjisjen fører dem ut av tankens trygge OBOS til et liv som er basert på bevegelse, vil de bli overveldet – jeg ble skremt ut av mitt skinn!

Han tenkte seg altså at rusen ikke var en flukt fra virkeligheten, slik alkohol var, men heller en intensivering og avmaskering av virkeligheten. Og nettopp fordi ”normenn og europeere i det hele tatt er så glade i mat og drikke som sløver”, så trodde han ikke at stoffet ville bli utbredt selv om bruken ikke ble straffet. Han mente derfor at når man etter hvert fikk bedre kjennskap til stoffet, ville det snart bli legalisert i hele Europa, da ”man ikke behøver å straffe folk som ikke gjør noe annet galt enn på la seg fascinere av den verden de sanser omkring seg”.

”Marihuana, et farlig stoff.” (4. Januar, 1966)

To uker senere kom et svar på kronikken ved tittelen ”Marihuana, et farlig stoff”, skrevet av psykiateren Nils Retterstøl. Han var da ansatt som professor ved Universitets psykiatriske avdeling og hadde tidligere gjort arbeid i forhold til de klassiske narkomane.¹⁰⁷ Han skrev innledningsvis at han ikke delte Vegges oppfatning av marihuana som et harmløst stoff, og at han heller ikke trodde det ville bli legalisert. Han ville underbygge sine synspunkter ved å ”gi en kort redegjørelse om stoffet, og hvordan det i klassifikatorisk henseende er plassert blant de stoffer som gir anledning til misbruk”.¹⁰⁸

Han begynte med å påpeke at misbruk av cannabis hadde hatt en tiltagende økning over hele verden. Spesielt i Afrika hadde man fått store problemer med stoffet: ”En av de ledende psykiatere i Afrika, professor Lambo, i Ibadan, har således berettet til Verdens Helseorganisasjon at ca. 15 pst. av alle sykehusinnleggelser, og ca. 20 pst. av alle polikliniske konsultasjoner i vide områder av hans land har relasjon til misbruk av hasjisj”. Han påpekte deretter at i klinisk forskning hadde cannabis hatt en sterkt euforiserende virkning på mange av forsøkspersonene, og at dette måtte være årsaken til at det misbrukes i såpass stor skala: ”Et slikt stoff vil virke tiltrekkende på de personlighetstyper som fortrinnsvis blir avhengige av medikamenter: umodne typer som søker tilfredsstillelse av øyeblikkelige behov og flykter unna dagliglivets mange trivielle og forpliktende oppgaver”. Han fortalte at selv om avhengigheten ikke var forbundet med noen abstinenssymptomer, vekket ofte marihuana en appetitt for euforiserende midler, noe som kunne føre til misbruk av enda sterkere narkotika.

Retterstøl understreket også korrelasjonen mellom marihuanabruk og kriminalitet: ”[i]

¹⁰⁷ Han og Leo Eitinger gjorde en etterundersøkelse av Metaprobat-avhengige. Nils Retterstøl, *I grenseland*, (Oslo: Damm & Søn AS, 2003), 74 og 132.

¹⁰⁸ Nils Retterstøl, ”Marihuana, et farlig stoff”, Dagbladet 04.01.1966.

enkelte land har det vært rapportert at halvparten av morderne, og fjerdeparten av seksualforbryterne er cannabis-misbrukere”. Han mente derfor at selv om stoffet kunne gi verdifulle opplevelser for ”robuste mennesker”, så var det alltid en mulighet at en kunne falle ut i misbruk og det som verre er. ”På grunnlag av det vi i øyeblikket vet om marihuana, må vi konkludere med at det er et farlig stoff, og til det motsatte er bevist, får vi håpe at forbudet mot marihuana blir stående ved lag.”

”Rus og frihet”. (15. Januar, 1966)

Som enda et svar til Vegge kom kronikken ”Rus og frihet” av helsedirektør Karl Evang.¹⁰⁹ Denne kronikken var også et svar til psykiateren Jan Greve, som i desember 1965 skrev en kronikk hvor han argumenterte for at man i rus fikk kontakt med andre sider av seg selv enn de hverdagslige, og at denne kontakten var en bra ting.¹¹⁰ Jeg vil ikke ta for meg Greve og Evangs diskusjon om akkurat dette, men gjenngi noen av hovedpunktene i Evangs kronikk og spesielt de som er rettet mot marihuana og Vegge.

Både Vegge og Greve skrev i sine kronikken at rusen kunne være en måte å bryte ned de tillærte konvensjonene på og skape et nytt forhold til omverdenen basert på dypere innsikter. Evang uttrykte bekymring over at slike tanker ble presentert for en ungdom som allerede følte seg fremmedgjorte i forhold til det moderne samfunnet: ”Når det nettopp i våre dager er særlig farlig å friste ungdommen med den kjemiske rusen som et middel til å nå frihet, sannhet og fellesskapsopplevelse, skyldes det at det stadig kreves større innsats for å kunne oppnå denne tilstrekkelig brede kontakt og for å gjøre en frihetsskapende innsats”. Evang mente at løsningen ikke kunne være mer rus, men større grad av engasjement i samfunnet. Hans bekymring for den økende narkotikabruken var også en bekymring for det moderne samfunnet, som hadde satt ungdommene i en særstilling uten innflytelse eller trygge rammer. Gjennomgående for Evangs argumentasjon var tanken om at man utfoldet seg gjennom deltakelse i noe større enn seg selv, og ikke i en introvert kontemplasjon i rus. ”[F]or ungdom er rus i hvilken som helst form det uheldigste valg, fordi den stjeler tid og krefter fra selve det korte tidsrom i et menneskes liv da evnen til intens konsentrasjon og fordypelse – kunnskapstilegnelse og hensiktsmessig vanedannelse ennå er til stede.” Vi ser at dette ikke bare var et medisinsk spørsmål, men også et verdispørsmål om hva man burde bruke

¹⁰⁹ Karl Evang, ”Rus og frihet”, Dagbladet, 15.01.1966. En mer generell introduksjon av Karl Evang står under delen om sosialmedisin.

¹¹⁰ Jan Greve, ”Rus og avhold”, Dagbladet, 04.12.1965.

ungdomsårene på. Evang mente i motsetning til Greve og Vegge at de sterkeste øyeblikkene i livet opplevde man i full klarhet, uthvilt og uten påvirkning av rusmidler.

Evang gikk deretter mer konkret inn på marihuana. Han takket Retterstøl for å ha ”tatt livet av den stadig oppdukkende myten om marihuanaens ufarlighet”. Han henviste deretter til rettssaken mot den amerikanske studenten og sa at han var blitt overrasket over å merke at det også i Norge fantes grupper som mente at marihuana burde likestilles med alkohol og tobakk. Om sammenligningen med nikoton (tobakk) skriver han: ”[v]il man absolutt sammenligne med nikotin, kan det trygt sies at om bruken av marihuana var like utbredt som bruk av nikotin, ville enhver mulighet for ordnet samfunnsliv, vanlig utdanning og produksjon, opphøre”. Å sammenligne marihuana med alkohol mente han derimot hadde mindre hensikt. For det første fordi alkohol hadde skapt kolossale problemer i samfunnet, og at det derfor ikke var heldig å si at marihuana i det minste ikke var farligere enn alkohol. For det andre så hadde norske myndigheter forsøkt å forby alkohol, men dette viste seg umulig, og kun fordi man nå ikke hadde klart å forby alkohol, så betød ikke det at man måtte kjempe for legalisering av flere rusmidler.

Til slutt trakk Evang på den klassiske narkomane. Han påpekte at det i helsevesenet var 20-30 ganger så høyt misbruk av medikamenter som hos andre yrkesgrupper. Dette var da ”mennesker som etter sin faglige innsikt og erfaring skulle ha særlig sterke forstandsmessige og også følelsesmessige hindringer mot å gi seg inn i farlig vanedannende misbruk”, men som allikevel gjorde det. Dette ledet Evang til to konklusjoner: 1) det må mer til enn kun opplysning, da dette ikke så ut til å ha vært nok for de ansatte i helsevesenet, og 2) det så ut til at økt tilgang førte til økt misbruk, og derfor ville større tilgang på marihuana i Norge føre til mer misbruk. ”Med den innsikt vi allerede nå har, er det mulig innen overskuelig framtid å legge til rette tilværelsen slik at enhver blir tilfredsstilt, også hva opplevelser angikk, i den utfattelig rike virkelighet og uten å bruke giftige stimulansmidler. Men ennå er veien lang og den kan ikke avkortes med rus, bare forlenges.”

”Mer omkring alkohol og rus”. (1. mars 1966)

Halvannen måned senere kom Greves svar.¹¹¹ Her fortsatte han både diskusjonen om hvorvidt rus i seg selv var noe negativt, og tok også tak i marihuanaens virkninger og den aktuelle dommen mot psykologistudenten. Siden den generelle diskusjonen om rus ikke er så relevant

¹¹¹ Jan Greve, ”Mer omkring alkohol og rus”, Dagbladet, 01.03.1966.

for resepsjonen av narkomani, kan det her holde å si at Greve vektla den positive rusen hvor man godtok det man opplevde som en del av seg selv, mens Evang vektla rusmisbruk hvor man ble fanget i stadig dypere problemer.

Det mest kontroversielle i Greves artikkel var antageligvis hans syn på den nevnte rettssaken. Han fortalte at han personlig kjente psykologistudenten som ble dømt for å ha brukt marihuana, og at ”han ikke hadde misbrukt marihuana, men brukt det i den hensikt som han selv sa å lære mer om sitt eget følelsesliv for å forstå sine medmennesker bedre – også slike som ikke forestår ham, slike som for eksempel medisinaldirektøren, som var den drivende kraft bak politiet”. Greve mente altså at denne dommen var uberettiget, da den amerikanske studenten både var ærlig ovenfor dommeren i rettssalen og ærlig ovenfor seg selv i rusen. I det hele tatt var han misfornøyd med rettsvesenets håndtering av denne saken: ”Plikter noen å respektere en lov som ikke skjelner mellom rett og vrangt, mellom redelighet og bedrag? Slike lover har intet med min rettsfølelse å gjøre og jeg skammer meg på våre dommeres vegne som følger slik urett”. Det viktigste for Greve var nemlig hensikten med inntaket av rusmidlet. Så lenge bruken var et forsøk på å forlenge deler av seg selv, og ikke primært for å skjule sider, så mente han dette var en sunn del av å være et menneske. Greve fortalte at han selv ikke hadde brukt marihuana, men mente at i motsetning til alkohol kunne marihuana se ut til å være godt egnet til psykoterapi: ”De rene rusmidler, av hvilke marihuana er et av de uskyldigste, kortvarig og ugiftig som det er, bedøver ikke intellektet, men stimulerer følelseslivet hvorved intellektet trenges tilbake, men er ikke bedøvet, og derfor å foretrekke”.

Greve hadde altså et mer moderat syn på marihuana enn helsedirektøren. Som en følge av Greves offentlige uttalelser om marihuana og LSD ble han etter påskudd fra Evang utvist fra *Den norske lægeforening* i fem år.¹¹²

3.2.2.2 Oppsummering av den første straffesaken.

Vi har her sett hvordan den første straffesaken for cannabis åpnet for en sterkt polarisert debatt i norske aviser. I motsetning til i Devold-saken ble det nå aktuelt å diskutere selve stoffet nærmere. Som vi så i den lille kronikkdebatten jeg har lagt frem var det to forholdsvis ulike diskuser som ønsket å formidle informasjon om cannabis. På den ene siden har vi ”hippiediskursen”, hvor man så bruk av stoffet som et fremskritt og et middel til dypere

¹¹² Silje Beate Davidsen, ”En kjetter i det medisinske miljø?” (Hovedoppgave: Universitetet i Oslo, 2002), 71-80.

erkjennelse av seg selv, medmennesker og virkeligheten. På den andre siden har vi den medisinske diskursen, hvor man så stoffet som en alvorlig fare som kunne lede til tyngre rusmisbruk, kriminalitet og sosial marginalisering.

Vi har også sett at cannabis-debatten dreide seg om mer enn den aktuelle straffesaken. De spørsmålene som reiste seg dreide seg både om livsstil og personlig frihet. Ettersom begge diskursene var enige om at cannabis ikke var fysisk skadelig for brukeren, gjennsto kun den psykiske virkningen. Det at cannabis forandret måten man tenkte på ble da det denne debatten dreide seg om. Vi ser at uansett om man mente at cannabis førte brukerens tanker over i det kriminelle eller spirituelle, så var dette et spørsmål om friheten til å tenke annerledes, og i neste omgang leve annerledes. Denne spenningen så vi tydelig i Evangs svar på Vegges kronikk. Vegge mente at cannabis førte brukeren ut av ”tankens trygge OBOS”, og vise en annen virkelighet enn den man fant i dagliglivets jag etter å være vellykket. Evang mente derimot at dette ville være et uheldig valg for ungdommen, som nettopp i dette livsavsnittet hadde mulighet til å knytte livsbrukelige kontakter og tilegne seg den kunnskapen man trengte for deltakelse i samfunnet. Grovt sett kan man si at i den medisinske diskursen var målet å integrere og tilpasse ungdommene til samfunnet, mens man i hippiediskursen ønsket å løsrive seg og skape noe nytt.

3.3 Justisministeren under press. (Januar – Mai 1966)

Justisminister Elisabeth Schweigaard Selmer ble i denne perioden tvunget til å ta stilling til denne nye situasjonen. For det første måtte hun ta stilling til den tilsynelatende økende bruken av marihuana i Norge. For det andre måtte hun forsvare de dramatiske straffereaksjonene ovenfor psykologistudenten.

Vi har til nå sett hvordan debatten dreide seg om marihuana og hvorvidt det var nødvendig å straffeforfølge stoffet. Men man kjente fortsatt kun til dette ene tilfellet av bruk, og det var så langt ikke uttrykt noen bekymring for at marihuana hadde fått et reelt fotfeste i Norge. Den 19. februar 1966 trykket VG saken ”Stort marihuanamisbruk i Oslo”, hvor bruken av marihuana ble fremstilt som hverdagslig for mange Osloborgere. Saken tok utgangspunkt i en artikkel fra Sandefjords Blad, hvor en journalist personlig hadde undersøkt forholdene i Oslo: ”[e]tter en lang privat etterforskning mener han å ha fremskaffet sikre beviser for sine påstander. Blant annet har en ung Oslo-musiker overfor journalisten vedgått at han gjennom flere år har røkt marihuana – helt siden tenåringsalderen og at ’stoffet’ slett ikke er vanskelig

å skaffe”.¹¹³ Journalisten mente at stoffet var spesielt utbredt i jazz- og musikerkretser. Han kunne melde om ”marihuana-fester” på vestkanten i Oslo, og at ”unge piker” var blitt opplært til bruk av stoffet under slike sammenkomster. ”Vedkommende ble med noen av gjengen til en leilighet i Oslo sentrum. En stor boks marihuana stod på bordet – og det var bare å rulle seg en ’blås’. – Under samtalen kom det fram at flere av gjengen hadde vært i Molde under siste års jazz-festival”.¹¹⁴ Han hadde også fått kjennskap til at det ”årlig smugles inn store mengder marihuana til Norge”, men at det også var flere i Norge som dyrket sine egne cannabisplanter. Journalisten skrev at politiet ikke hadde kapasitet nok til å hindre verken bruken eller omsetningen, da solidariteten brukerne i mellom var sterk. Journalisten mente også at Norge lå etter på dette området, hvor for eksempel Sverige hadde opprettet egne narkotikaavdelinger innad i politiet.

Det var denne nye situasjonen justisministeren måtte ta stilling til. I Stortingets spørretime 9. mars 1966 ble hun stillt følgende spørsmål: ”Er det riktig, som påstått i pressen, at ulovlig omsetning av marihuana stadig griper mer om seg i Norge, og mener i tilfelle departementet det er nødvendig med ekstraordinære efterforskningstiltak?”.¹¹⁵ Dagen etter ble justisministerens uttalelse viet en egen sak i Aftenposten under overskriften ”Ingen ekstra tiltak mot marihuanasalg”.¹¹⁶ Justisministeren hadde fortalt at det ikke syntes å være grunnlag for å hevde at ulovlig omsetning av narkotika var et slikt problem i Norge at man trengte ekstraordinære tiltak. Men hun var klar over at flere land nå opplevde et økende narkotikaproblem, og at departementet derfor ville følge utviklingen med stor oppmerksomhet: ”Statsråden sa at hun var oppmerksom på meldingen i en morgenavis om at meget unge piker i Oslo misbruker narkotika. Etter det materiale politiet i Oslo sitter inne med, synes heldigvis antallet av de personer som bruker stoffet, å være forholdsvis lite”.¹¹⁷ Hun fortalte også at hun av professor Molland og helsedirektør Evang hadde blitt opplyst at stoffet var ”vanedannende og nedbrytende”, og det ”hos enkelte individer kan utløse aggresjon”. Hun understreket derfor at det var innledet et tett samarbeid mellom politiet og helsedirektoratet.

¹¹³ VG, 19.02.1966.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Aftenposten (morgen), 07.03.1966.

¹¹⁶ Aftenposten (morgen), 10.03.1966.

¹¹⁷ Ibid.

3.3.1 Protester mot utvisningen.

I omtrent samme periode begynte misnøyen mot utvisningen av den amerikanske studenten å melde seg. Foruten de nevnte kronikkene kom også protester i form av foreninger som tok avstand fra utvisningen og sympatiserte med amerikaneren. Førstemann ut var Den norske forfatterforeningen,¹¹⁸ og deretter føyde Den norske studentforeningen seg til protesten.¹¹⁹

I Stortingets spørretime 3. mai ble justisministeren stilt følgende spørsmål fra formannen i kirke- og undervisningskomitéen: ”Kan justisministeren tenke seg muligheten av å vurderer på nytt og eventuelt omgjøre utvisningsordren mot den amerikanske student som er straffet for å ha røkt marihuana?”¹²⁰ Justisministerens svar var klart: Studenten måtte ut. Hun forklarte at det ikke måtte finnes tvil om at myndighetene gjorde det de kunne for å bekjempe narkotikamisbruk: ”Marihuana kan bare skaffes ad ulovlige veier fra utlandet. Myndighetene ville svikte sin oppgave på dette felt hvis de unnlater å reagerer skarpt i tilfelle hvor utlendinger som oppholder seg her i landet, utbrer kjennskapen til og bruken av marihuana”.¹²¹ Justisministeren fortalte at hun selv hadde truffet denne avgjørelsen etter en grundig overveieelse. På den ene siden hadde hun tatt hensyn til studentens ”menneskelige moment”: At han snart var ferdig utdannet psykolog, hadde lært seg norsk og hadde en datter på 3 år. På den andre siden var det marihuanasaken. Justisministeren mente at det var svært alvorlig at studenten hadde latt andre prøve av hans stoff, og at han ikke ville hjelpe politiet å oppklare hvor stoffet kom fra. Spørsmålsstilleren mente at de menneskelige hensyn her burde veie tyngre enn en forbrytelse som domstolene hadde bøtelagt med 500kr. Men han fortalte at han selvsagt støttet myndighetenes kamp mot narkotika, og han foreslo at man kanskje burde revidere legemiddeloven, ”som er laget under helt andre forhold enn dem man har i dag”.¹²²

Sakene i VG og Sandefjords blad ga nå inntrykk av at marihuanabruk var i ferd med å spre seg i Norge. Vi har sett hvordan justisministeren ble tvunget til å ta stilling til denne nye situasjonen, og hvordan hun i stor grad lener seg på de medisinske autoritetene Molland og Evang i sine avgjørelser. Hun mente at det var viktig å motarbeide bruk av cannabis, og valgte derfor å reagere strengt mot den amerikanske psykologistudenten. I denne perioden ble det lagt det en trend hvor generalpreventive hensyn veide tyngre enn ”de menneskelige moment”.

¹¹⁸ VG, 16.03.1966.

¹¹⁹ Aftenposten (morgen), 21.03.1966.

¹²⁰ Ibid.

¹²¹ Aftenposten (morgen), 04.05.1966.

¹²² Ibid.

3.4 Nye straffesaker. (Mars – Juli 1966)

Vi har altså så langt sett på to straffesaker. Devold-saken skapte ingen stor debatt, og det kontroversielle med denne saken var at en presseman ble dømt til å oppgi sine kilder. Den neste saken om den amerikanske studenten vakte derimot større oppsikt, og vi har sett hvordan man fikk en mer omfattende debatt om cannabis i Norge. Etter denne første straffesaken ble det fort flere. Mens det i 1965 kun ble dømt én person for narkotikabruk av den nye typen, ble det i 1966 dømt 11 personer,¹²³ og totalt 21 personer var blitt siktet for slike forhold.¹²⁴

Jeg vil her se på to av de første rettssakene i 1966. Disse rettssakene var viktige på to måter: For det første fikk man i disse sakene bekreftet at narkotika bredde seg i Norge. Disse rettssakene kan derfor sies å være utløsende for det arbeidet som Straffelovrådet påbegynner i September 1966. For det andre viste disse sakene i praksis problemer med det eksisterende lovverket. Man oppdaget at det ikke var klart om den gamle loven av 1964 kunne benyttes for å straffe selve bruken av ulovlig ervervet narkotika, og man så at strafferammene for innførsel og distribusjon var for lave i forhold til den generalpreventive virkningen man ønsket.

Jeg vil derfor i det følgende se på to hendelser som tydelig viste at det var en ny narkotikasituasjon i Norge, og som la rammene for det arbeidet Straffelovrådet påbegynte september 1966. Den første hendelsen er en razzia 24. mars i Rådhusgata, og deretter pågripelsen av en Amerikansk student 29. juli med et betydelig kvantum cannabis.

3.4.1 Razzia-saken

Lørdag 26. mars 1966 sto følgende overskrift på Aftenspostens førsteside: ”Narkotika-razzia i Oslo, syv ungdommer arrestert”. I norsk historie var dette den andre pågripelsen av ungdommer for narkotikabruk av den nye typen, og første gang det var nordmenn involvert. Denne razziaen viste således at bruk av cannabis hadde fått innpass i Norge, og en av de påfølgende rettssakene fikk direkte betydning for endringen av legemiddeloven.

Ungdommene holdt til i en leilighet i en kondemnert leiegård i Rådhusgaten. Politiet hadde mistanke om at det foregikk bruk av narkotika i leiligheten, og at ungdommene holdt ”åpent hus” for andre misbrukere. Da politiet ankom leiligheten fikk de bekreftet sin

¹²³ Ot. Prp. nr. 46, Om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m., avgitt 5. April 1968, 24.

¹²⁴ Innstilling fra Straffelovrådet om Endringer i straffebestemmelsene for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.v., avgitt 16. juni 1967, 14.

mistanke. Av de 7 arresterte var det én 23 år gammel amerikaner, tre norske gutter i alder 20-25, og tre norske jenter som var henholdsvis 16, 17 og 20 år gamle. Alle var siktet for bruk av narkotika, men kun amerikaneren og de to eldste guttene ble satt inn i varetekt.¹²⁵

Amerikaneren ble funnet skyldig i å ha innført, omsatt og brukt cannabis. For dette fikk han 75 dagers fengsel og påfølgende utvisning av Norge. Også i denne saken fulgte man generalpreventive hensyn og vidreførte den medisinske diskursen.¹²⁶

Den eldste av de norske guttene, jazzmusikeren Ole Jacob Hansen, innrømmet å ha brukt cannabis, men aldri å ha vært i besittelse av det: "(...) retten [finner] bevist at han ved noen anledninger i tiden 1. januar/24. mars 1966 i den nevnte leiligheten i Rådhusgaten 5, Oslo, røykte marihuana eller hasjij sammen med en del andre personer. Retten finner ikke bevist at han på annen måte har vært i besittelse av marihuana".¹²⁷ Man var usikre i forhørsretten på om dette forholdet var straffbart i følge Legemiddeloven av 1964, som jo var rettet mot misbruk av reseptpliktige legemidler. Man fortalte at man fant "spørsmålet noe tvilsomt", men at bestemmelsen i Legemiddeloven §22, 2. ledd ga hjemmel for å straffe marihuanabruk uten besittelse. Som vi har sett lød denne paragrafen som følger: "[narkotiske legemidler] må ikke anvendes til annet formål enn de er utlevert til, og må ikke uten lovlig hjemmel overdras til eller erverves av andre enn den som resepten eller rekvisisjonen er utstedt til". Som vi ser er det ikke innlysende om loven rettet seg mot bruk av ulovlig ervervede narkotika som marihuana. Men dommerene mente at det i denne paragrafen sies at lovlig bruk av et legemiddel forutsetter at det er utlevert på lovlig vis. Ettersom marihuana ikke kunne være utlevert på lovlig vis, fantes det ingen lovlig bruk av det.¹²⁸

Til tross for at forhørsretten omsider fant ut at denne paragrafen kunne benyttes på de aktuelle forholdene, frifant man Hansen på grunn av rettsvillfarelse. Begrunnelsen var at loven var ny og forholdsvis lite kjent, og at Hansen selv påsto han ikke visste at handlingen var ulovlig. "I denne forbindelse nevner retten at det heller ikke i lovens forarbeider fremgår særlig tydelig at man har siktet på handlinger som røyking av marihuana m.v. ved innførsel av

¹²⁵ Aftenposten (morgen), 26.03.1966.

¹²⁶ "Efter det som er opplyst må retten legge til grunn at hasjij er en rusgift som innebærer store faremomenter ved misbruk, og at det er med god grunn samfunnet søker å beskytte seg mot slik misbruk." Aftenposten (morgen), 04.05.1966.

¹²⁷ L.nr. 53/1967, *Norsk retstidende*, 615.

¹²⁸ *Ibid.*, 613.

forbudet.”¹²⁹ Som vi snart skal se ble Straffelovrådet bedt om å ordne opp i denne kronglete lovformuleringen, og undersøke om man en gang for alle skulle forby bruken i seg selv.

3.4.2 Storsmuglern

De tre sakene vi har sett på hittil har alle dreid seg om små kvantum narkotika til personlig bruk. Vi skal nå se på den største narkotikasaken som dukket opp i tidsrommet fra den første straffesaken for marihuana til Straffelovsrådet begynte arbeidet med innstillingen.¹³⁰ Denne saken satte strafferammene i Legemiddeloven på prøve, og som vi skal se er det mest sannsynlig denne saken som var den utløsende årsaken til at Straffelovrådet begynte sitt arbeid.

Den 23 år gamle amerikaneren George Parker ble arrestert i en villa på vestkanten i Oslo den 29. juli 1966. I villaen ble det funnet 700 gram hasjisj og 100 gram marihuana. Amerikaneren fortalte at han hadde kjøpt stoffet i en statsdreven forretning i Nepal for 8 dollar.¹³¹ I følge Aftenposten skulle amerikaneren ha gitt en jente telefonnummeret sitt og sagt at han kunne skaffe henne cannabis om hun var interessert. Hun hadde takket nei, og saken ble formidlet til politiet.¹³²

Amerikaneren ble dømt for innsmugling og besittelse av narkotika, og fikk en dom på 120 dager betinget fengsel i Oslo byrett. I dommen ble argumenter fra den medisinske diskursen benyttet: ”Selv om farlighetsgraden av de giftstoffer som det her er spørsmål om, ikke er helt klarlagt, er det iallfall på det rene av bruken kan få skjeppnesvangre følger og føre til videre misbruk av andre narkotiske midler”.¹³³ Dommen ble deretter anket til høyesterett av Statsadvokaten som mente at dommen var for lav. I ankeerklæringen skriver han:

Misbruk av narkotika, herunder marihuana og hasjisj, er i ferd med å bli et betydelig problem, særlig blant visse grupper unge mennesker. Påtalemyndighetene mener det er maktpåliggende å søke å hindre ulovlig innførsel og utbredelse av narkotiske stoffer. (...) [De formidlende omstendighetene] må etter påtalemyndighetenes mening vike for de tungtveiende generalpreventive hensyn, som tilsier en straffereaksjon langt strengere enn den byretten har anvendt.¹³⁴

¹²⁹ Ibid., 616.

¹³⁰ For å fylle ut bildet vil jeg her nevne at i tidsrommet mellom denne saken og den tidligere nevnte razzia-saken var to saker framme i media: en bærumsdømt som var mistenkt å ha brukt hasj, og en amerikaner som tilbød seg å smugle hasj for en nattklubb i Oslo. Se Aftenposten 25. og 26.05.1966, og 29. og 30.06.1966.

¹³¹ L.nr. 14B/1967, *Norsk retstidende*, 132.

¹³² Aftenposten, 30.07.1966.

¹³³ L.nr. 14B/1967, *Norsk retstidende*, 132.

¹³⁴ Ibid., 130.

Som i de tidligere sakene ser vi at generalpreventive hensyn ble prioritert. Det nye med denne straffesaken var at den skilte seg ut i størrelsesorden: mens dette beslaget var på 800 gram, var de nest største beslagene på henholdsvis 370 og 15 gram.¹³⁵ Det hadde også vist seg i retten at Parker antageligvis hadde tenkt å selge stoffet videre, og saken viste dermed at det var i ferd med å etablere seg et *marked* for narkotika i Norge. Maksimumsstraffen for innførsel av narkotika (§ 43) i Legemiddeloven var satt til 2 år. Og da det kunne tenkes grovere tilfeller enn dette, ble Høyesterett enige om 7 måneder betinget fengsel.¹³⁶

3.4.3 Brev fra Justisdepartementet til Straffelovrådet.

Det er mye som tyder på at det var dette første tilfellet av omfattende innførsel av narkotika som var den utløsende årsaken for Straffelovrådets innstilling. Den 3. September 1966 fremstilles George Parker for forhørsretten. Denne samme dagen fremstilles også Richard Cohen, som også hadde innført et nokså betydelig kvantum cannabis til Norge (370 gram). I reportasjen om disse sakene skrev VG at påtalemyndighetene mente det var tid for å reagere strengt mot narkotika-forbrytelser, slik at problemet ikke spredde seg. VG kunne i denne forbindelse fortelle at

[k]riminalpolitiet i Oslo [har] via statsadvokatene i Oslo sendt en henstilling til Justisdepartementet om en vesentlig utvidelse av strafferammen for overtredelse av narkotikalovent. Lovbestemmelsene som gjelder i dag, setter en maksimumsstraff på to år for slike forbrytelser. Dette mener påtalemyndighetene er en altfor snever ramme.¹³⁷

16 dager etter denne saken sendte Justisdepartementet, etter samråd med Helsedirektoratet, et brev til Straffelovrådet hvor det skrev:

[p]å bakgrunn av den senere tids saker om ulovlig innførsel og omsetning m.v. av narkotika har spørsmålet vært reist om den gjeldende straffebestemmelse er tilstrekkelig. Delvis er dette et spørsmål om økning av strafferammen i § 43 i lov om legemidler og gifter m.v., og delvis et spørsmål om en annen lovteknisk utforming eller plassering av straffebestemmelsen eller mulige straffebestemmelser. (...) Slik saken ligger an, ville man være takksam for en uttalelse så snart som mulig.¹³⁸

¹³⁵ Aftenposten (morgen), 30.06.1966. Aftenposten (morgen), 04.05.1966. En brukerdose regnes som regel til ~0.2 gram. 800 gram tilsvarer da ~4000 brukerdoser.

¹³⁶ L.nr. 14B/1967, *Norsk retstidende*, 131.

¹³⁷ VG, 03.09.1966.

¹³⁸ Brev av 19. September 1966 fra Justisdepartementet til Straffelovrådet. (2006/66 E FB/MS.)

Begge disse amerikanerne gjorde nok inntrykk på det norske rettsvesenet, men det kan se ut til at spesielt straffesaken mot storsmugleren Parker viste at strafferammene for innføring av narkotika var for lave. I selve Straffelovrådet innstilling viser man til denne saken for å begrunne behovet for å øke strafferammen:

I en høyesterettsdom hvor en amerikansk student ble dømt til fengsel i 7 måneder for smugling av ca. 700 gram hasjisj og ca. 100 gram marihuana, knyttet førstevoterende noen korte bemerkninger til *straffeutmålingsproblemet*: ”Den maksimale fengselsstraff i den straffebestemmelse domfelte er dømt etter, er 2 år. Det kan selvsagt tenkes langt alvorligere overtredelser enn den domfelte er dømt for, således profesjonelt preget innførsel og omsetning av de farligste narkotika. Sett på denne bakgrunn... er jeg blitt stående ved straff av fengsel i 7 måneder[.]”¹³⁹

Saken mot Parker gjorde det tydelig at den eksisterende Legemiddeloven ikke var adekvat i møtet med den nye situasjonen. Mens Parker hadde innført 800 gram cannabis på en forholdsvis amatørmessig måte, hadde man for eksempel i Sverige allerede hatt beslag på over 20 kilo.¹⁴⁰ I forbindelse med sakene mot disse to amerikanerne i forhørsretten ble det altså tydelig for høyesterettsdommerene og Justisdepartementet at man trengte en forhøyning av strafferammene. Selv om det var to amerikanere som ble dømt for betydelige kvantum denne dagen, har jeg valgt å vektlegge Parker da det er hans sak man i Straffelovrådets innstilling mente viste ”straffeutmålingsproblemet”.

3.4.4 Utvidelse av Straffelovrådets oppdrag.

Som vi så frifant man den norske jazzmusikeren Ole Jacob Hansen for bruk av marihuana på grunn av rettsvillfarelse. Denne saken ble derimot anket til høyesterett av påtalemyndighetene. Påtalemyndighetene mente at begrunnelsen for rettsvillfarelsen ikke var god nok, da straffedømte burde ha hatt kjennskap til at bruk av marihuana var ulovlig:

For det første er det ikke straffbefriende om tiltalte trodde hans forhold ikke var straffbart, slik byretten uttaler. (...) Jeg nevner i den forbindelse at den tid tiltaltes handlinger ble foretatt, var narkotikaproblemet også hos oss blitt et aktuelt problem, som bl.a. hadde vært gjenstand for omtale i avisene.¹⁴¹

¹³⁹ Straffelovrådets innstilling 1967, 17. Min kursiv.

¹⁴⁰ ”Redgjørelse fra statsadvokat Elg Elgesem for rettspraksis i narkotikasaker vedrørende cannabis, amphetamin, preludein, LSD, heroin og opium, datert 1. mars 1968”, Vedlegg 1, Ot. Prp. nr. 46, 1967.

¹⁴¹ L.nr. 53/1967, *Norsk retstidende*, 613.

At spørsmålet om rettsvillfarelse ikke var godt nok begrunnet var medlemmene i høyesterett enige om. Men det reiste seg på nytt en diskusjon om bruk av et ulovlig ervervet narkotika faktisk var forbudt i Legemiddeloven. To av de fem medlemmene mente at de nevnte forholdene *ikke* kunne straffes ved den eksisterende legemiddeloven, og ”at det bør kreves en klarere lovhjemmel for at slik narkotikabruk skal anses straffbar”.¹⁴² Frifinnelse ble allikevel trukket tilbake da flertallet mente at man hadde hjemmel i loven.

Denne hendelsen synes å ha vært den utløsende årsaken til at Justisdepartementet ba Straffelovrådet utvide sitt oppdrag til også å vurdere hvorvidt man burde gjøre forbudet mot *bruk* av ikke-medisinsk narkotika eksplisitt i loven. I brev av 20. April 1967 skriver Justisdepartementet til Straffelovrådet:

Det har senere reist seg spørsmål også om den nærmere beskrivelsen av de ulovlige handlinger i §§21 og 22 i samme lov bør revideres. Særlig har det vært spørsmål om bruk av narkotika bør gjøres ulovlig uansett om bruken er forbundet med besittelse av stoffet.

Man skal be Straffelovrådet vurdere dette spørsmålet sammen med spørsmålet om tilstrekkeligheten av den gjeldende strafferamme.¹⁴³

Dette var altså 20. april, og kjennelsen i den nevnte saken i høyesterett falt 12. mai. Dette brevet ble altså sendt mens man jobbet med den aktuelle ankesaken. I Odelstingsproposisjonen til den nye Narkotikalovent skrev man at utvidelsen av Straffelovrådets oppdrag ”skyldtes en konkret sak som da var oppe for domstolene”.¹⁴⁴ Også i Straffelovrådets innstilling beskriver man denne saken som den som avslørte svakhetene i det eksisterende lovverket: ”[R]ekkevidden av de gjeldende norske bestemmelser ble prøvet i en sak som ble avgjort ved Høyesteretts kjennelse av 12. mai 1967”.¹⁴⁵ Som vi har sett kom da flertallet fram til at man kunne straffe bruk ut i fra de gjeldende bestemmelsene, ”men avgjørelsen viser at formuleringen av de gjeldende bestemmelser ikke er helt tilfredsstillende”.¹⁴⁶ Som sakkyndige medlemmer til å tiltre Straffelovrådet ved behandlingen

¹⁴² L.nr. 53/1967, *Norsk retstidende*, 615.

¹⁴³ Brev fra Justisdepartementet til Straffelovrådet, 20.4.1967 (Jnr. 969/67-E).

¹⁴⁴ Ot. Prp. nr. 46, 1967, 5.

¹⁴⁵ Straffelovrådest innstilling 1967, 19.

¹⁴⁶ Ibid.

av oppdraget oppnevnte man, etter forslag av Helsedirektoratet, psykiaterne Arnfinn Teigen og Nils Retterstøl.¹⁴⁷

Det var altså etter alt å dømme denne saken mot den norske jazzmusikeren som i begynnelsen av 1966 hadde bruk marihuana uten å være i besittelse av stoffet som gjorde at Straffelovrådets oppdrag ble utvidet. Det er denne delen av Straffelovrådets oppdrag som blir den viktigste for min avhandling. Mens spørsmålet om strafferammene for innførsel var et juridisk og politisk spørsmål, ble spørsmålet om straffeforfølgelse av bruk et medisinsk spørsmål. Som vi så var det i drøftelsen av dette spørsmålet man oppnevnte de medisinske autoritetene Retterstøl og Teigen, og som vi skal se senere var det i spørsmålet om man skulle straffeforfølge narkotikabruk at medisinske teorier fikk direkte innflytelse.

3.7 Oppsummering av perioden fram til Straffelovrådets arbeid begynte.

Cannabis ble altså for første gang ”oppdaget” i Norge desember 1965. Jeg har her sett på resepsjonen av stoffet, og vist at det var tre ulike diskurser som formidlet informasjon om stoffet: hippiediskursen, den medisinske diskursen og den politisk-juridiske diskursen. Innenfor hippiediskursen mente man at cannabis burde kunne benyttes lovlig av hvem som helst. Både Greve og Vegge beskrev stoffet som en potensiell lærerik opplevelse, som kanskje til og med kunne forandre ens forhold til livet og medmennesker. De mente sånn sett at medisinerne ”misforsto” stoffet, og overdrev skadevirkningene. Men som vi har sett handlet hippiediskursen ikke bare om bruk av narkotika, men også kritikk av materialistiske verdier og en overfladiskhet de så rundt seg i det norske samfunnet. Både Vegge og Greve mente at bruk av cannabis kunne åpne for et dypere følelsesliv som den norske kulturen manglet.

Den medisinske diskursen la større vekt på de negative aspektene av cannabisbruk. Bruk av cannabis ble sett som en flukt for personer som ikke følte at de strakk til eller turte å ta tak i hverdagen. Psykiateren Retterstøl mente at brukerne først og fremst var umodne personlighetstyper, mens Evang var mer tilbøyelig til å se rusmisbruk som resultatet av en konflikt mellom et kravstort kapitalistisk samfunn og en ungdomsgenerasjon som følte seg fremmedgjort til denne utviklingen. Et annet trekk ved denne diskursen som vi skal se mer til senere er forbindelsen mellom cannabis og aggressivitet, kriminalitet, tyngre rusmisbruk og sinnssykdom.

¹⁴⁷ Brev fra Justisdepartementet til Straffelovrådet, 20.4.1967 (Jnr. 969/67-E).

Som vi har sett dreide dette seg om langt mer enn eksperimentering med nye rusmidler. I bakgrunnskapitlet viste jeg at dette var en tid hvor ulike trekk i samfunnsutviklingen la grobunn for en særegen ungdomskultur. Cannabisspørsmålet viser helt klart til denne nye formen for ungdomskultur, som i større grad enn tidligere tok avstand fra sine foreldres verdier. Et viktig aspekt ved hippiediskursen var at cannabis kunne brukes som et middel til å løsrive seg fra etterkrigstidens konfliktfylte verden, og skape nye verdier basert på dypere innsikt i seg selv og sine medmennesker. Cannabis var altså en del av et større prosjekt hvor ungdommen i fellesskap ville bøte på mange av foreldregenerasjonenes skavanker. I den medisinske diskursen registrerte man også at den nye bruksmønsterene hang sammen med generasjonskonflikt og ungdommens særstilling, men medisinerne kunne ikke se noe positivt i det som foregikk. Vi ser at selv om spørsmålet om faremomentene ved cannabis selvsagt spiller en viktig rolle, så var dette også et verdispørsmål i forhold deltakelse i samfunnet og fornuftig bruk av ungdomstiden.

Den politisk-juridiske diskursen lente seg i stor grad på den medisinske. Narkotikabruk var et nytt fenomen, og vi har sett hvordan det i flere av rettssakene og i Justisministeren uttalelser ble hentet inn kunnskap fra bla. medisinerne Evang og Molland. Den juridisk-politiske diskursen så stoffet som et samfunnproblem, og man ønsket å forsvare landet fra dette ondet. Man så at bruken av cannabis var økende, og at det derfor ble nødvendig med nye lover. Et annet trekk ved den juridiske resepsjonen var at man i denne perioden valgte en streng betoning av de generalpreventive hensyn i rettsapparatets omgang med dette nye fenomenet. Både Justisministeren, statsadvokaten og høyesterettsdommere gikk inn for denne linjen. Jeg har til slutt vist hvordan Straffelovrådet fikk i oppdrag av Justis- og Sosialdepartementet å vurdere de gitte strafferammene for narkotikainnførsel, og at dette mest sannsynlig var en direkte konsekvens av straffesaken mot Parker. Jeg har også vist hvordan Straffelovrådet oppdrag ble utvidet til å også vurdere hvorvidt bruk av narkotika burde være ulovlig, og at dette antageligvis skjedde på grunn av den aktuelle straffesaken mot Hansen. La oss nå se nærmere på Straffelovrådets innstilling, og hvilken betydning en slik innstilling har.

3.8 Straffelovrådets innstilling.

Som nevnt tidligere er det Straffelovrådets innstilling som er utgangspunktet for denne avhandlingen. En slik innstilling var ment som en sakkyndig vurdering av en lovendring eller tilføring. Denne vurderingen ble deretter lagt til grunn for et lovforslag fra regjeringen til

stortinget.¹⁴⁸ I løpet av denne prosessen kunne det forekomme endringer i det opprinnelige forslaget fra Straffelovrådet, men i mitt tilfelle her ble innstillingen i sin helhet lagt til grunn for den nye narkotikaloventen man vedtok i 1968. Det er dette som gjør teoriene og empirien som benyttes i innstillingen relevant for å forstå de politiske beslutningene som ble tatt.

Så langt i avhandlingen har vi oppholdt oss i tidsrommet *før* arbeidet med denne innstillingen ble påbegynt: Vi har fått et innblikk i den ”klassiske” narkotikasituasjonen i Norge, og på denne måten blitt kjent med Legemiddeloven av 1964. Det er denne loven som Straffelovrådets innstilling foreslår endringer i. For det andre har vi sett på hendelser i norsk offentlighet og rettsvesen som førte til at forarbeidet ble påbegynt. Jeg vil allerede her avsløre de konklusjonene Straffelovrådet trekker i sin innstilling: *bruk* av narkotika burde totalforbys ved lov, og strafferammene for omsetning og innførsel av narkotika burde økes til 5 år. Vi kommer nå til avhandlingens hoveddel, hvor vi skal se nærmere på argumentasjonen, teoriene og empirien som man la til grunn i Innstillingen.

Jeg vil i det følgende si litt om selve lovgivningsprosessen og forklare hvilken rolle denne innstillingen spilte for den ferdige loven av 1968. Deretter vil jeg si litt generelt om Innstillingen og dens oppbygning.

3.8.1 Lovgivningsprosessen.

Hva var en innstilling og hvilken rolle spilte denne i lovgivningsprosessen? Det som var vanlig i Norge på 1960-tallet (og fortsatt) var at de ulike departementene i regjeringen foreslo lover som Stortinget vedtok/avviste.¹⁴⁹ Ved større lovendringer ville da som regel det aktuelle departementet først produsere en intern utredning om forholdene loven vil ramme. Som vi har sett var det i dette tilfellet Justisdepartementet (og Sosialdepartementet, Helsedirektoratet) som anmodet Straffelovrådet å vurdere tilstrekkeligheten av den eksisterende narkotikaloventen. Straffelovrådet var en sakkyndig komité tilknyttet Justisdepartementet. I Straffelovrådets innstilling står de omtalt som ”Det sakkyndige råd i strafferettslige spørsmål”.¹⁵⁰ Rådets oppdrag gikk altså ut på å lage en utredning som Justisdepartementet kunne legge til grunn for et lovforslag til Stortinget. Et slikt lovforslag fra et departement til Stortinget ble kalt en odelstingsproposisjon (Ot. Prp.).¹⁵¹ En slik proposisjon ble da vurdert av en ny komité på Stortinget. Ulike komitéer tok imot forslag fra

¹⁴⁸ Johs. Andenæs, *Statsforfatningen i Norge*, 4. utg. (Oslo: Tanum-norli, 1976), 188.

¹⁴⁹ Audvar Os, ”Lovforberedelsen”, i Anders Bratholm, red., *Lov og Rett* (Oslo: Universitetsforlaget, 1962), 242.

¹⁵⁰ Straffelovrådets innstilling 1967, forside.

¹⁵¹ Olaf Chr. Torp, ”Det norske parlamenstrykk”, i *Handbok i Nordiskt parlamentstryck*, red. av Rolf Nygren (Stockholm: De nordiska parlamentsbiblioteken, 1984), 96.

de forskjellige departementene,¹⁵² og da dette forslaget ble fremmet av Justisdepartementet var det Justiskomiteén som behandlet forslaget.¹⁵³ Justiskomiteén sendte så sin vurdering av forslaget som en Innstilling til Odelstinget (Innstilling O.), og i Odelstinget fikk lovforslaget sin endelige dom om det skulle vedtas eller forkastes.¹⁵⁴ Det må til slutt nevnes at i løpet av Odelstingsforhandlingene kan det foretas endringer i det opprinnelige forslaget fra Justisdepartementet.¹⁵⁵

Det verken plass eller behov for å redgjørde for detaljene i behandlingen av denne loven hos de ulike instansene. Det som er viktig å få frem her, er at Straffelovrådets opprinnelige forslag beveget seg friksjonsfritt fram til loven ble vedtatt.¹⁵⁶ Verken Justiskomiteen eller Odelstinget stilte spørsmål ved Straffelovrådets empiri, teorier eller konklusjoner. Det er derfor Straffelovrådets innstilling blir såpass interessant, da de oppfatningene vi finner her ser ut til å representere det godtatte synet blant politikere og jurister. De eneste diskusjonene man hadde underveis var om ytterligere forhold som deltakelse i sammenkomster hvor narkotika ble brukt også burde forbys, og hvorvidt strafferammene for ulovlig omsetning burde økes enda mer enn det Straffelovrådet foreslo. Strafferammene ble økt med ett år i forhold til Straffelovrådets forslag, men i all hovedsak ble denne innstillingen hovedgrunnlaget for den nye loven. Politikerene som leste innstillingen godtok altså den forskningen Straffelovrådet benyttet, og gikk god for de konklusjonene som ble trukket fra denne forskningen.

3.8.2 Generelt om innstillingens oppbygning.

Arbeidet med innstillingen var ferdig 16. juni 1967, og den nye loven ble vedtatt i Odelstinget den 25. mai 1968 (Innst. O. XI. (1967-1968)). I Straffelovrådets faste komité satt Høyesterettsdommer Rolv Ryssdal, professor dr.jur. Johs. Andenæs, riksadvokat Andr. Aulie og sorenskriver Ole F. Harbek. Og som vi har sett oppnevnte man psykiaterne Retterstøl og Teigen for å bistå med arbeidet. Innstillingen består av 20 sider, og oppbygningen ser slik ut:

- Utkast til lov
- Motiver til lovutkastet

¹⁵² Torp, "Det norske parlamenstrykk", 93-94.

¹⁵³ Ot. Prp. nr. 46, 1967, 3.

¹⁵⁴ Lovforslag skulle også godtas av enda en instans, Lagtinget. Noen ganger kunne lovforslag bli sendt tilbake til Odelstinget, men i dette tilfellet ble loven vedtatt på dette punktet.

¹⁵⁵ Andenæs, *Statsforfatningen i Norge*, 189-193.

¹⁵⁶ Dette bekrefter også Bergersen Linds undersøkelse av den samme prosessen. Bergersen Lind, *Narkotikakonflikten*, 47.

- Tidligere og någjeldende lovordning og bakgrunn for den.
- Narkotikamisbrukets utvikling i enkelte andre land og i Norge.
- Behovet for endringer i de strafferettslige regler.
 - Alminnelige bemerkninger om det forebyggende arbeid og behandlingsarbeidet.
 - Alminnelige bemerkninger om behovet for straffebestemmelser.
 - Særskilte bemerkninger til de enkelte bestemmelser i Straffelovrådets forslag til lovendringer.
 - Til straffeloven § 162.
 - Til legemiddeloven § 20 annet ledd og § 22 første ledd.
 - Til legemiddeloven § 43 annet og tredje ledd.

Den delen som kanskje blir brukt mest i denne avhandlingen er ”Narkotikamisbrukets utvikling i enkelte andre land og i Norge”. Her presenterer Straffelovrådet den nye ungdomsnarkomanien i henholdsvis Danmark, Sverige, England og Norge. Man tar for seg den dramatiske økningen av narkotikabruk blant ungdom, og ser på sosialmedisinske og psykiatrisk forskning på de nye misbrukerne. Man kan kortfattet si at det er den fremstillingen som blir gitt her jeg ønsker å gi et tydeligere bilde av i de to neste delene av avhandlingen.

De særskilte bemerkningene til de enkelte lovene er også viktig for denne avhandlingen. Det er her man argumenterer for hvorfor man trenger en endring av loven, og hvordan den bør utformes. Argumentasjonen i denne delen bygger videre på de teoriene og den empirien som blir gitt i den førstnevnte delen om narkotikamisbrukets utvikling. Det er altså her den politisk-juridiske diskursen blir knyttet sammen med den medisinske diskursen.

Som vedlegg til Innstillingen følger:

- Orientering om hallucinogener og marihuana. (skrevet av Retterstøl)
- Behandling og prognose ved medikamentmisbruk (skrevet av Retterstøl)
- Redgjørelse for behandlingen ved Statens klinikk for narkomane. (Skrevet av Teigen)
- Unge norske marihuana-brukere. Fire kasus utvalgt blant narkotikasakene i Oslo for året 1967. (Skrevet av politilegen Henrik Bauge)

Disse vedleggene er som vi ser ment å være fagkyndige redgjørelse fra medisinsk hold. Av disse vedleggene er det Retterstøls’ ”Orientering om hallucinogener og marihuana” som blir særlig relevant. Her utdyper han ytterligere den nye ungdomsnarkomanien, og vi blir presentert for psykiatrisk, psykologisk og farmakologisk forskning på rusmisbrukere og de mest populære rusmidlene blant de nye ungdomsnarkomane: LSD og cannabis.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Mer om disse i del 5 om psykiatrien. Her nyanserer jeg også påstanden om at disse rusmidlene er de ”mest populære”, men denne påstanden kan bli stående for nå.

4. Sosialmedisinen.

Som et politisk anliggende var den nye ungdomsnarkomanien først og fremst et *sosialmedisinsk* problem. I Straffelovrådets innstilling blir sosialmedisinere og sosialmedisinske teorier viet stor plass, og Evangs nye helsedirektorat var i stor grad tuftet på en sosialmedisinsk tankegang. En sosialmedisinsk tilnærming vil si at sykdom aldri kan sees løsrevet fra sin sosiale situasjon: mellom sykdommen og individet står kulturen og samfunnet. Sosialmedisinen opererer også med et sykdomsbegrep som er av sosial art, dette vil si at sosialmedisinen i større grad interesserer seg for befolkningens *sosiale helse*. Når man da skulle angripe narkomani som en sykdom ble begge disse tilnærmingene fruktbare: for det første spredde ikke denne sykdommen seg gjennom bakteriell smitte, men gjennom sosial interaksjon og sosiale nettverk. For det andre var den narkomanes sykdomsbilde i stor grad av sosial art: misbrukeren viser grov mistilpassning til samfunnet og sine nærmeste omgivelser. Når sosialmedisinen først og fremst hadde samfunnet som sitt objekt, så blir det også klart at profylaktiske tiltak må være av samfunnsmessig art. Sosialmedisinen var derfor i stor grad *politisk*, og en sentral del av etterkrigstidens voksende velferdsstat. Det er derfor viktig å forstå sosialmedisinen og dens plass i norsk historie for å forstå hvorfor narkomani blir et problem som må løses.

I Straffelovrådets innstilling ønsker man å finne forebyggende og kurative tiltak mot narkomani som et sosialt problem. I denne delen skal jeg se på den sosialmedisinske forståelsen som ble lagt til grunn når man vurderte hvordan legemiddelloven burde endres. I Innstillingen la man et epidemiologisk perspektiv til grunn, og den nye narkomanien ble forstått ved hjelp av den såkalte *epidemimodellen*. Denne forståelsen tilsa at ungdomsnarkomanien bredde seg i en utsatt befolkningsgruppe, og at man måtte gripe aktivt inn for å hindre spredning. Man mente at den nye narkomanien kunne behandles som en epidemi fordi den oppfylte visse krav: den hadde en geografisk avgrensning, en riskpopulasjon og høy smittsomhet. I Straffelovrådets innstilling mente man at den geografiske avgrensningen var hovedstaden Oslo, at riskpopulasjonen var ungdommer som var i kontakt med visse miljøer, og at smitten skjedde hurtig gjennom personlige relasjoner og salg. Det er disse sosialmedisinske problemene Straffelovrådets innstilling er ment å forebygge.¹⁵⁸ For å hindre at epidemien spredde seg i mellom brukere ønsket man strenge lover mot selve bruken av narkotika, og også mulighet for å bytte ut eventuell straff med rehabiliteringstiltak. De politiske tiltakene som ble iverksatt med Straffelovrådets innstilling

¹⁵⁸ Samt problemet med profesjonelt preget smugling og omsetning.

må altså kunne sees som et forsøk på å løse sosialmedisinske problemer med strafferettslige virkemidler.

Jeg vil i denne delen først se generelt på sosialmedisinen og dens posisjon i Norge i 1950- og 1960-årene. For å gjøre dette vil jeg ta utgangspunkt i Karl Evang. Som vi har sett hadde han stor innflytelse på norsk helsepolitikk, og hans sosialmedisinske engasjement var en sentral del av etterkrigstidens voksende velferdsstat. Evang var også dypt engasjert i narkotikaproblemet, og også her legger han en sosialmedisinsk forståelse til grunn. Hovedpoenget i dette kapitlet er å vise hvordan den sosialmedisinske tankegangen introduserer et nytt forhold mellom staten og befolkningens helse, og dermed gjør narkomani til et statsanliggende.

Jeg vil deretter se på forståelsen av narkomani som en epidemi. Dette perspektivet kan i skandinavisk sammenheng tilskrives den svenske sosialmedisineren og psykiateren Nils Bejerot. Han bidro gjennom sitt engasjement med sentrale teorier om dynamikken i den nye ungdomsnarkomanien. Jeg ønsker til slutt å vise hvordan Bejerots epidemimodell fikk praktisk betydning for hvordan Straffelovrådet mente legemiddeloven burde endres.

4.1 Sosialmedisinen og dens rolle i norsk historie.

Sosialmedisin som et selvstendig fagfelt er av relativt ny dato. I Norge fikk vi det første professoratet i sosialmedisin i 1951, og den første læreboken i faget i 1956.¹⁵⁹ Både Evang og Bejerot jobbet aktivt gjennom hele sine karrierer med å fremme en sosialmedisinsk tilnærming til helse og legearbeid. Noe av det som gjorde det vanskelig for sosialmedisinen å vinne troverdighet som en medisinsk gren var dens kontroversielle tendenser: for det første var sosialmedisinen i opposisjon til den bakteriologiske sykdomsforklaring som var rådende i starten av 1900-tallet, og for det andre var sosialmedisinen mye tydeligere knyttet til politikk, og spesielt sosialismen, enn tradisjonell medisin. La oss se på sosialmedisinen med utgangspunkt i disse særtrekkene.

Sosialmedisinen hadde et nært slektskap med det noe eldre hygienefaget. Den første professoren i sosialmedisin i Norge – Axel Strøm – var tidligere professor i hygiene. Han forklarer innledningsvis i sin *Lærebok i sosialmedisin* at ”[e]n rekke emner vil like godt kunne behandles under hygienen som under sosialmedisinen”.¹⁶⁰ Det som gjorde det mulig for sosialmedisinen å så å si ”vokse ut fra” hygienefaget var at både hygienefaget og

¹⁵⁹ Axel Strøm, *Lærebok i sosialmedisin*, 2 utg. (Oslo: Fabritius og Sønners forlag, 1963), ”Forord”.

¹⁶⁰ Ibid.

sosialmedisinen interesserte seg for de årsakene til sykdom som lå *forut* for selve smitten. La meg forklare dette bedre.

Den tyske sosialmedisineren Henry Sigerist har definert fire medisinske ansvarsområder: (1) å fremme helse (konstruktiv medisin), (2) å forhindre sykdom (profylaktisk medisin), (3) å gjenopprette helse (kurativ medisin) og (4) å rehabilitere (rekonstruktiv medisin).¹⁶¹ Felles for hygienen og sosialmedisinen var at de begge interesserte seg for de to første ansvarsområdene (å fremme helse og forhindre sykdom). Siden de begge delte dette utgangspunktet er det klart at de hadde mye i felles. Men det var et sentralt punkt hvor de skillte vei, og som gjorde sosialmedisinen til noe helt annet enn hygienefaget – synet på sykdommens hovedårsak.

Det var nettopp årsaksbegrepet sosialmedisinen gjorde opprør mot. Mens man i hygienefaget tenkte seg at den sentrale årsaken til sykdom var virus eller bakterier som brøt ned menneskekroppen, tenkte sosialmedisinen seg at den primære årsaken til sykdom lå i *omgivelsene*. Sosialmedisinen befant seg altså et sted mellom epidemiologi og samfunnsvitenskap. Fra epidemiologien hentet man den tredelte modellen Vert/Miljø/Agens.¹⁶² Når en sosialmedisiner da skulle analysere narkotikaproblemet ble ”den skadelige agens” de stoffene som misbrukes. Og miljøet måtte med Evang sine ord ”her tas i videste mening, altså det sosiale og mentale miljø”.¹⁶³ Verten var til slutt individet. Man ville altså i sosialmedisinen forstå hvordan miljøet utsatte verten for en skadelig agens. Idéhistoriker Siv Frøydis Berg har oppsummert sosialmedisinens hovedanliggende slik:

all sykdom var ikke annet enn *forhold*, forhold mellom det syke mennesket på den ene siden, og den sykdomsfremkallende agens på den andre siden. Sykdommene kunne være et resultat av bakterier, ytre vold, feilaktiv ernæring, dårlig boliger, farlig støv, psykiske påkjenninger og lignende. Det helt sentrale poeng var at sykdom ikke rammet tilfeldig. Den måten de skadelige faktorer fikk virke på ble i større eller mindre grad bestemt av det miljø mennesket levde i. Dette gjaldt likeledes individenes motstandskraft, som også ble bestemt av miljømessige faktorer som ernæring, bolig og arbeidsviljør.¹⁶⁴

Sosialmedisinens objekt var altså ikke individet, men samfunnet og kulturen. Dette vil ikke si at man benektet de somatiske eller mentale aspektene ved sykdommen, men at man måtte se disse i samspill med det sosiale. I Evangs bok *Sosialmedisinsk almenkunnskap* forklarer han

¹⁶¹ Siv Frøydis Berg, *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, (Oslo: Solum forlag, 2002), 31-32.

¹⁶² Karl Evang, *Helse og samfunn: Sosialmedisinsk almenkunnskap* (Oslo: Gyldendal, 1974), 81.

¹⁶³ Evang, ”Symposium for prevention av narkomani”, 435.

¹⁶⁴ Berg, *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, 40.

at ”man [vil] i alminnelighet ved en sykelig tilstand samtidig finne elementer både av legemlig, mental og sosial art”.¹⁶⁵

En viktig konsekvens av denne utvidelsen av sykdomsforståelsen¹⁶⁶ var at man ikke bare fant *årsaken* til mange sykdommer i det sosiale, men at man også fant sykdommer *av* sosial art. Evang kunne derfor komme til å snakke om ”dårlig mental og sosial helse”.¹⁶⁷ Det sentrale her var funksjonsevnen, og hvorvidt et individ var i ”takt” med samfunnet rundt seg:

Man erklærte kort og godt at et menneske ikke nødvendigvis kan sies å være ved god helse (’frisk’) selv om det ikke kan påvises noen navngitt sykdom, skade eller svakhet hos ham av legemlig eller mental art. Man må også forlange at han – ut fra sine forutsetninger og muligheter – er noenlunde vel sosialt tilpasset, at han får rimelig utfoldelse for sine evner og ikke viser grov mistriivsel.¹⁶⁸

Sosialmedisinen gikk altså inn for en harmoni mellom individ og samfunn. Man forsøkte derfor innenfor sosialmedisinen å finne forebyggende tiltak mot dårlig sosial helse, som for eksempel lovgivning og sosiale tiltak. Som vi forstår forlater sosialmedisinen det ansvarsområdet som legestanden tradisjonelt ble forbundet med (kroppen) og ble i større grad involvert i de sosiale forholdene. Man beveget seg da over i det politiske.

I Norge hadde sosialmedisinen gode vekstvilkår. Som vi har sett var noe av kjernen i sosialmedisinen at helse er et sosialt, og derfor politisk, anliggende. Tanken om at staten skulle ta ansvar for befolkningens helse var ikke noen selvfølgelighet, og det altomfattende helsevesenet vi har i Norge i dag kan i stor grad tilskrives Evang og hans medspilleres sosialmedisinske engasjement.¹⁶⁹ Frøydis Berg har beskrevet Evangs innflytelse på norsk helsepolitikk slik:

Da det norske samfunn skulle gjenreises etter den andre verdenskrig, ble det utvidede helsebegrep og dermed en sosialmedisinsk virkelighetsoppfatning lagt til grunn for det norske helsevesen. Evang var en av de aller første til å bruke begrepet ’velferdsstat’, og er i ettertid regnet som en av velferdsstatens

¹⁶⁵ Evang, *Helse og samfunn*, 34.

¹⁶⁶ Man snakket mye på 50-tallet om det ”utvidede helsebegrepet”. Berg, *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, ”Helsebegrep og sykdomsbegrep”.

¹⁶⁷ Evang, *Helse og samfunn*, 42.

¹⁶⁸ Ibid., 37.

¹⁶⁹ ”I ettpartistaten etter annen verdenskrig var det Karl Evang som i egenskap av helsedirektør organiserte helsepolitikken.” Eriksen, Hompland, Tjønneland, *Norsk idéhistorie VI*, 373.

fremste arkitekter og ideologer. Den tankegang som ble uttrykt ved det utvidede helsebegrep passet inn i Det Norske Arbeiderpartiets intensjon om å sikre individets liv fra vugge til grav.¹⁷⁰

At det i løpet av 50-tallet skjedde en forandring i forholdet mellom stat og befolkning er også tydelig i historien om de klassiske narkomane. Som antydte tidligere må denne formen for misbruk ha hatt en lang historie, men det er som vi har sett først i etterkrigstiden at man begynte å aktivt motarbeide den med lovgivning og rehabiliteringstiltak.¹⁷¹ Mens legepraksis tidligere hadde foregått privat og vært knyttet til de øvre samfunnssikt,¹⁷² ble nå hele befolkningens helse i stor grad et statens ansvar: ”Det offentlige forpliktet seg i 1950-årene til å ta ansvar for borgernes velferd fra vugge til grav og regisserte seg selv som omsorgsgiver”.¹⁷³

Det er altså her vi må lete for å forstå hvorfor man så det som statens oppgave å stanse ungdomsnarkomanien, og hvorfor man ba Straffelovrådet komme med forslag til juridiske tiltak mot den nye situasjonen. Narkomani i den nye velferdsstaten var ikke en privatsak, men et ”sosialt problem”.¹⁷⁴ I forarbeidet kommer dette tydelig til uttrykk:

(...) et økt narkotika-misbruk blant befolkningen som helhet og med et epidemi-lignende narkotika-misbruk blant ungdom – har skapt et *alvorlig sosialt problem*. (...) Det er utvilsomt all grunn til å motvirke og bekjempe dette problem. Skal man kunne demme opp for utviklingen og drive den tilbake, må flere krefter i samfunnet aktiveres og koordineres.¹⁷⁵

Ungdomsnarkomanien var et sosialt problem på flere nivåer. For det første mente man at stoffene kunne føre til en sterk avhengighet og personlig forfall. For det andre mente man at disse ungdommene meldte seg ut av samfunnet, og ofte ble involvert i kriminalitet. Det er altså snakk om både dårlig personlig helse (avhengighet og forfall), og dårlig sosial helse (mistilpasning og kriminalitet). Med en sosialmedisinsk tilnærming ble det klart at disse sykdomsbildene ikke kunne forebygges kun ved hjelp av medisinsk personell, man måtte også benytte andre krefter i samfunnet. I *Helse og samfunn* forklarer Evang: ”[g]odtar vi helsebegrepet i den utvidede form, betyr det selvsagt også at begrepet ’helsepersonell’ må

¹⁷⁰ Berg, *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, 14.

¹⁷¹ Se del 2 om klassiske narkomane.

¹⁷² Berg, *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*, 41.

¹⁷³ Eriksen, Hompland, Tjønneland, *Norsk idéhistorie VI*, 372.

¹⁷⁴ Straffelovrådets Innstilling 1967, 16.

¹⁷⁵ Ibid., 14. Min kursiv.

utvides tilsvarende”.¹⁷⁶ Den nye narkotikalovent som kom på 1960-tallet var et samarbeid mellom Justisdepartementet og Sosialdepartementet/helsedirektoratet, og blir slik et godt eksempel på hvordan politiet og rettsvesenet kom til å fungere som et slags utvidet helsepersonell. Ved hjelp av lovgivning ønsket man å kunne forbygge både ungdommens personlige og sosiale helse.

Sosialmedisinen spilte altså en sentral rolle i utformingen av det norske helsevesenet. Det er derfor viktig å forstå sosialmedisinen for å forstå hvorfor narkomani ble et sosialt problem som måtte løses av staten i 50- og 60-årene. Men også sosialmedisinsk *forskning* fikk stor betydning for den nye loven, og jeg vil nå se mer konkret på hvordan sosialmedisinen påvirket den nye narkotikalovent av 1968 på et teoretisk plan.

4.2 Epidemimodellen

Den teoretiske modellen som Straffelovrådet benyttet i sin behandling av den nye ungdomsnarkomien var den såkalte epidemimodellen. Man snakker for eksempel om ”epidemiens hurtige spredning”,¹⁷⁷ ”misbruk av rent epidemisk karakter”¹⁷⁸ og ”epidemiens videre utvikling”.¹⁷⁹ Epidemimodellen var en epidemiologisk tolkning av narkotikamisbruk som beskrev den aktuelle epidemien og forklarte hvordan spredningen foregikk. Denne modellen ga et vitenskapelige bilde av dynamikken i ungdomsnarkomanien, og ble derfor direkte avgjørende for hvordan den nye narkotikalovent burde utformes.

I den skandinaviske konteksten var det Bejerot som var den sentrale teoretikeren og ekspertten på den nye narkomaniens epidemiske karakter. Etter endt studietid i 1954 arbeidet han som sosiallege og politilege i Stockholm, og i 1963 studerte han på et stipend fra WHO epidemiologi og medisinsk statistikk ved Lodon School of Hygiene.¹⁸⁰ Jeg skal i denne delen først se nærmere på Bejerots sosialmedisinske og epidemiologiske perspektiv. Deretter skal jeg ta for meg to av epidemimodellens hovedkomponenter: ungdomsgjenger og smittebegrepet, og vise hvordan disse beskrives i Straffelovrådest innstilling. Til slutt vil jeg se på hvordan man ønsket å endre legemiddellogen, og vise hvordan denne endringen blir begrunnet i disse teoriene.

¹⁷⁶ Evang, *Helse og samfunn*, 40. Fjernet kursiv på ”begrepet ’helsepersonell’ må utvides tilsvarende”.

¹⁷⁷ Straffelovrådets innstilling 1967, 11.

¹⁷⁸ Ibid., 13.

¹⁷⁹ Ibid., 16.

¹⁸⁰ Jonas Hartelius, ”En internationell opinionsbildare”, i *Nils Bejerot – forskaren, folkupplysaren, pionjären i kampen mot narkotikan*, red. av Carol Bejerot (Stockholm: Nils Bejerots Minnesfond, 1993), 78.

4.2.1 Det utvidede narkomanibegrepet

Vi har sett hvordan sosialmedisinen var i opposisjon til et ensidig fokus på de fysiologiske årsakene til sykdom. Vi så også at sosialmedisinen etablerte sykdommer som langt på vei var av sosial art. Bejerots epidemiologiske tilnærming til narkomani bygget på begge disse antagelsene. I 1965 introduserte han begrepet ”epidemisk narkomani”, og ga det et konkret innhold.¹⁸¹ Men i den store offentlige utredningen i Sverige om det nye narkotikaproblemet ble denne begrepsbruken avfeid som en ren analogi, og ikke engang en god en.¹⁸² Om dette skriver Bejerot:

Detta visar att kommittén är fastlåst i ett ålderdomligt och ofruktbart bakterie- och virustänkande. På samma sätt som andra vetenskapliga teorier och begrepp, t. ex. frågan om grundämnenas och ljusets natur, undergått en serie genomgripande förändringar allt efter som nytt kunskapsmaterial framkommit, måste givetvis också smittbegreppet utvidgas utöver mikrobernas nivå. Jag anser det fruktbart att tala om radioaktivt nedsmittat material, om mordbrands- och självmordsepidemier etc.¹⁸³

Vi ser at Bejerot hadde begynt å bruke et utvidet epidemibegrep, som også kunne anvendes på sykdommer av psykososial art.¹⁸⁴ Han tenkte seg derfor at den snevre forskningen fra (bla.) psykiatrien og farmakologien burde integreres inn i en større sosialmedisinsk ramme: ”Den mycket unga och utpräglad tvärvetenskapliga socialmedicinen synes vara den disciplin som har de bästa naturliga förutsättningarna att i intimt samarbete med andra vetenskapsgrenar sammansmälta den mångfasetterade narkomaniproblematiken”.¹⁸⁵ Det som gjorde narkomani til et spesielt interessant område for sosialmedisinen var nettopp at ingen sider ved narkomanien var av bakteriologisk opphav. Den skadelige agensen (rusmidlene) var ikke mikrober, men et produkt som måtte produseres, transporteres, markedsføres og brukes. Smitten skjedde ikke ved at en bakterie overførtes, men gjennom samfunn, sosialisering og gruppedynamikk. Slik sosialmedisinen ønsket å utvide sykdomsbegrepet til å ikke bare romme individet og bakteriene, ønsket Bejerot å utvide narkomanibegrepet til å ikke bare inneholde individet og stoffene.

¹⁸¹ Bejerot, ”Symposium om prevention av narkomani”, 454.

¹⁸² SOU 25 (1967), 162.

¹⁸³ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 112.

¹⁸⁴ Han sier mer spesifikt om narkomani: ”Narkomani av epidemisk typ är därtill epidemisk också i den vardagliga betydelsen, dvs. psykosocialt smittsam”. Intervju i Marie-Louise Persson m.fl., red., *Människan och verket: Kronologisk bibliografi, recensioner och intervjuer* (Stockholm: Svenska carnegie institutet, 1986), 36.

¹⁸⁵ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 200.

De mest siterte definisjonene av narkomani i medisinsk faglitteratur kommer fra WHO. Disse definisjonene tok utgangspunkt i de farmakologiske, fysiologiske og psykologiske aspektene ved narkomani, og differensierte slik ulike former for narkomani ut i fra hvilket preparat som ble misbrukt.¹⁸⁶ Bejerot kritiserte disse definisjonene for å ikke ta hensyn til de sosiale aspektene ved narkomani: ”Det förefaller som om WHO huvudsakligen har ägnat sitt intresse åt farmakologiska, kliniskt-terapeutiska och juridiska aspekter på narkomanierna, medan socialmedicinska och sociologiska angreppsvinklar kommit i bakgrunden”.¹⁸⁷ I tråd med den sosialmedisinske tankegangen mente Bejerot at man måtte undersøke hvilke sosiale forhold som promoterte narkomani. Før et stoff kan misbrukes må det være tilgjengelig og gis mening for brukeren: stoffet må anskaffes, gis god omtale og læres å brukes. Derfor var det ikke nok å konstantere at en misbruker for eksempel er avhengig av morfin. I følge Bejerot måtte man også beskrive de sosiale omstendighetene: hvor kommer stoffet fra? Hvilken bruk har man lært? Hvor og eventuelt med hvem brukes stoffet? Hvilken betydning har stoffet for misbrukerne? Å beskrive narkomani ut fra slike kriterier kalte Bejerot å beskrive ved hjelp av en ”socialmedicinsk-generisk modell”.¹⁸⁸

Bejerot lagde derfor en sosialmedisinsk inndeling av de ulike formene for narkomani.¹⁸⁹ Den viktigste av disse kategoriene for denne avhandlingen er selvsagt den *epidemiske*, som er den ungdomsnarkomanien falt under. Men jeg vil først gi noen eksempler på andre sosialmedisinske kategorier, slik at det blir tydeligere hva som var det nye og unike ved den epidemiske formen.

Den første kategorien misbrukere var ”[a]v läkare omedvetet etablerade toxikomanier”. Denne kategorien kjenner vi igjen fra diskursen om de klassiske narkomane. Dette var pasientene hvor en normal behandling hadde forvandlet seg til en alvorlig avhengighet. Som vi har sett hadde denne formen for narkomanien helt andre sosiale aspekter enn ungdomsnarkomanien. Det særegne for denne kategorien var at avhengigheten ble

¹⁸⁶ Se f.eks. WHO's definisjon i 1965: ”Medikamentavhengighet er en tilstand av psykisk og/eller fysisk avhengighet av et medikament, som oppstår når det tas inn kontinuerlig eller i perioder. *Tilstandens kjennetegn* avhenger av det stoffet gjelder, og må alltid klarlegges ved å nevne den spesielle avhengighetsformen, for eksempel medikamentavhengighet av morfintypen, barbituart-typen, amfetamintypen, etc.”. WHO, *Narkotika: En rapport fra Verdens Helseorganisasjon*, norsk oversettelse (Oslo: Pax forlag, 1967), 12. Min kursiv.

¹⁸⁷ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 100.

¹⁸⁸ Ibid., 120.

¹⁸⁹ En de første introduksjonene til Bejerots epidemiologiske kategorier i Norge er Nils Retterstøl, ”Betraktninger omkring medisinmisbrukets epidemiologi”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966, 13:1061, 1061.

innledet gjennom et sykdomstilfelle: stoffene kom direkte fra lege/apotek; at misbruket ofte foregikk alene; at misbrukeren vanligvis var integrert i hovedkulturen.¹⁹⁰

En annen kategori Bejerot bruker er ”[s]jålv- eller autoetablerade toxikomanier”.¹⁹¹ Dette var misbrukere som på eget initiativ oppsøkte et rusmiddel som ikke var vanlig i hans eller hennes omgangskrets. Et eksempel var alkoholikeren som fikk det for seg at han hadde lyst på en enda sterkere rus, for eksempel ved å blande alkohol med medisiner fra legen. Et annet eksempel var personer som sniffet ulike løsemidler o.l. for å oppnå en form for virkelighetsflukt:

I gruppen aktivt autoetablerade toxikomanier är det som regel fråga om ett psykiskt svårt skadat och svårbehandlat klientel. Behandlingsprognosen vid väl etablerad toxikomani i denna grupp är särskilt dålig, då toxikomanin i dessa fall spelar rollen av regulator — exempelvis som medel för verklighetsflykt — i en grovt störd personlighet, och individen innerst inne inte vill göra sig av med sitt missbruk[.]¹⁹²

Bejerot mente også at denne formen for narkomani hadde en nær forbindelse til den *epidemiske*, som jeg snart skal komme tilbake til.

Et siste eksempel på en sosialmedisinsk kategorisering av narkomane var den *endemiske* narkomanien. Dette var misbruket av rusmidler som var sosialt akseptert og godt integrert i hovedkulturen, som for eksempel alkohol eller smertestillende. Dette var altså en form for misbruk som i mye større grad involverte et normalt utvalg av populasjonen. Det er viktig å forstå at en slik endemisk tilstand kan ha ulikt opphav. I følge Bejerot kunne det ofte ha startet med en epidemi, som så ble integrert og stabilisert i kulturen. La oss se på den narkomaniformen man mente man sto ovenfor hos 1960-tallets ungdommer - den epidemiske.

4.2.2 Epidemisk narkomani.

I bakgrunnskapitlet gjorde jeg rede for den svenske narkotikasituasjonen og såkalte Preludin-epidemien. Det er fra denne situasjonen Bejerot konstruerte sin epidemimodell. Han erklærte at den nye narkomanien tilfredsstilte alle kravene til en epidemi: ”[d]essa kännetecknas av att de är starkt knuta till visa tidsperioder, regioner, miljöer och klientel, de visar snabbt uppblossande, hög smittsamhet och snabba modeväxlingar”.¹⁹³ I den medisinske diskursen og

¹⁹⁰ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 102-106.

¹⁹¹ Ibid., 105.

¹⁹² Ibid., 106.

¹⁹³ Nils Bejerot, ”Aktuell toxikomaniproblematik”, *Läkartidningen* 1965, 50:4231-4238, 4232.

norske aviser brukte man ikke epidemimodellen kun for å referere til den svenske amfetaminepidemien, men også for eksempel til marihuanarøyking i Norge og LSD-bruk i USA. I Straffelovrådets innstilling og norske aviser tenkte man seg da at den geografiske avgrensningen var storbyen (Oslo), og den utsatte risikogruppen var ungdommer som kom i kontakt med visse ”grupper” og subkulturer. Man adopterte altså Bejerots modell og bekreftet den med norsk empiri. Jeg vil nå se på de to komponentene ved epidemimodellen som ble benyttet i Straffelovrådets innstilling: (1) det nye misbruket foregikk i grupper, (2) og var derfor smittsomt og spredde seg raskt.

4.2.2.1 Narkomani som et gruppefenomen.

Ettersom narkomani bare kunne innledes gjennom sosial kontakt (noe vi skal komme mer tilbake til), var det klart at epidemien ville få en viss geografisk avgrensning. ”Det kan gälla en skola, en stadsdel, en stad, en räjong eller ett land”, forteller Bejerot.¹⁹⁴ I Straffelovrådets innstilling forteller man at ”misbrukerne av marihuana og hasjisj [tilhører] nokså spesielle ungdomskretser i hovedstaden”.¹⁹⁵ I avisene ble disse ungdommene stor sett omtalt som ”langhårede”. Et godt tidsbilde kan man få ved å lese Aftenposten fredag 19. august 1966, da en av Aftenpostens reportere fikk være med politiets spaningspatrulje ”fra klokken 22 til 02 inatt”. En av postene på politiets rute denne kvelden var å se til de langhårede som hadde tatt plass langs fortauet i Stortingsgaten:

Her satt de tett i tett, over hundre av dem i alt, gutter og piker tett omslynget, med sine gitarer og soveposer på gaten foran seg. De forstyrret kanskje ingen der de satt og sang og nynet for seg selv, men flere av dem var lettere beruset, og man kjenner til at politiet har mange av dem mistenkt for å ha røkt marihuana. Disse typer skaper et farlig miljø, som lett kan føre ut på forbryterbanen. Politiet er oppmerksom på dem, og forhåpentligvis kan det gripes inn overfor den unge gutt og pike før det er for sent.¹⁹⁶

Vi har også tidligere sett hvordan norske avisene beskrev den nye narkomanien som et Oslo-fenomen. I norske aviser og Straffelovrådets innstilling ble altså epidemien geografisk avgrenset til Oslo.

Et av de viktigste kjennetegnene på den nye formen for ungdomsnarkomani var at den tilhørte spesielle *miljøer* og foregikk i *fellesskap*. Den risikogruppen som var spesielt utsatt

¹⁹⁴ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 114.

¹⁹⁵ Straffelovrådets innstilling 1967, 14.

¹⁹⁶ Aftenposten, 19.08.1966.

for den nye narkotikaepidemien var derfor ungdommer som kom i kontakt med slike miljøer. I *Aktuelle narkotikaproblemer* beskriver Evang godt forskjellen på det nye og det gamle misbrukets sosiale aspekter:

I motsetning til hva tilfellet i alminnelighet er med misbruk av smertestillende, søvngivende og beroligende midler, har amfetaminmisbruket under disse epidemier i nyere tid ofte skjedd i grupper, 'gjenger' og kameratklubber av forskjellige slag. I likhet med hva tilfellet er ved misbruk av marihuana, LSD og andre såkalte hallusinogener, kan det i slike grupper oppstå en slags kultur omkring stoffet: Det inntas under bestemte ritualer, det finner sted endeløse og ørkesløse utvekslinger av erfaring om virkningene, det opptas som nye medlemmer av gjengen bare individer som er villige til å gå inn i misbruket, og det utvises sterk aktivitet og innbyrdes lojalitet for å skaffe mer av stoffet.¹⁹⁷

Den epidemiske formen for narkomani var altså kjennetegnet ved at den foregikk i grupper og at det støptes "en slags kultur" rundt narkotikabruken. I Straffelovrådets innstilling beskriver man den nye narkomanien som et "misbruk som er betinget i gjengen eller gruppens påvirkning, et misbruk av rent epidemisk karakter".¹⁹⁸ I forbindelse med dette utsagnet siteres Retterstøl, som var en av de som teoretiserte mest over ungdommens gruppedannelse i Norge. I hans bok *Medikamentmisbruk* gir han en sosial-psykiatrisk analyse av ungdommens gruppedannelse:

Gjengen, klikken, betyr mye. Jo dårligere de hjemlige forhold har vært, jo mindre tilfredsstillende identifikasjonen med foreldrene har vært, jo lettere vil det være i identifisere seg med gjengen eller klikken. Unge mennesker klikker seg lett, og forbausende er det ofte å se hvordan de som er annerledes enn mønsteret, holdes utenom. (...) slik oppstår da gjengen av langhårete, av 'lærjakker', beatniks og hva de nå måtte hete.¹⁹⁹

Retterstøl tenkte seg derfor at det var ungdommer som "klikket" seg lett som var spesielt sårbare for narkotikaepidemien. De kunne komme til å søke kontakt med miljøer hvor narkotika ble brukt, og lett bukke under for gruppepress. Vi skal senere se nærmere på de psykiatriske teoriene som ligger bak denne påstanden.

Denne formen for kollektivt misbruk skillte seg tydelig fra de andre sosialmedisinske kategoriene. Ved den klassiske varianten husker vi at man ikke ville bli assosiert med sitt misbruk, og derfor forsøkte å skjule det for omgivelsene. Hvis vi sammenligner med det auto-

¹⁹⁷ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 23.

¹⁹⁸ Straffelovrådets innstilling 1967, 14.

¹⁹⁹ Nils Retterstøl, *Medikamentmisbruk: Et aktuelt samfunnsproblem* (Oslo: Universitetsforlaget, 1967), 70.

etablerte misbruket husker vi at det her er snakk om noen som selv oppsøkte stoffet på egenhånd, uten å være del av en gjeng hvor personen ble introdusert for og oppfordret til å bruke stoffet. Sammenlignet med den endemiske formen ser vi at rusbruken her var integrert i hovedkulturen på en mer eller mindre stabil måte. Men kun fordi et rusmiddel var godt integrert i hovedkulturen betød ikke det nødvendigvis at hele kulturen var sentrert rundt dette rusmidlet. Det er nettopp dette som var såpass skremmende ved den epidemiske narkomaniformen: ”[d]et som binder gruppens medlemmer sammen, synes imidlertid i første rekke å være at det er et sted hvor det kan skaffes mer av stoffet”.²⁰⁰

I den medisinske diskursen og Straffelovrådets innstilling mente man altså at epidemien var avgrenset til Oslo, og at det var ungdommer som kom i kontakt med byens ungdomsmiljøer eller subkulturer som utgjorde riskpopulasjonen. La oss nå se på hvordan man tenkte at epidemien sprer seg i disse miljøene.

4.2.2.2 Narkomani og smitte.

Noe av det som tydeligst skillte den epidemiske formen for narkomani fra de andre sosialmedisinske kategoriene var dens smittsomhet. Dette var ett av de store temaene i diskursen om de nye narkomane, og Straffelovrådet var også veldig tydelig på at ”enhver misbruker (...) [må] betraktes som en potensiell smitterisiko”.²⁰¹ Jeg skal komme tilbake til hvordan denne teorien påvirker utformingen av loven, la oss først se hvordan denne teorien forstås i den medisinske diskursen om de nye narkomane.

Vi har sett at et kriterie for å kunne kalle noe en epidemi er at det må være smittsomt. I sin drøftelse av ungdomsnarkomaniens smittsomhet tar Bejerot utgangspunkt i følgende definisjon av epidemi: ”tidvis utbrytande smittsam sjukdom”, og stiller deretter spørsmålet om man burde anse den nye bølgen av ungdomsnarkomani som smittsom i noen egentlig forstand. Konklusjonen hans er at ”[o]m en sjukdom sprids från person till person och ingen kan drabbas av den utan direkt personlig kontakt med en som redan är sjuk är sjukdomen i princip smittsam”.²⁰² Det var nettopp mellommenneskelig kontakt som gjorde den nye formen for narkomani såpass smittsom. Hvis vi igjen sammenligner med den klassiske varianten ser vi at her var misbruket sjeldent smittsomt ettersom det foregikk i isolasjon. De sjeldne tilfellene man kjente til av smitte var da som vi har sett i mellom mann og hustru. Når man

²⁰⁰ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 68.

²⁰¹ Straffelovrådets innstilling 1967, 16.

²⁰² Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 111.

sammenligner med den endemiske formen sier Bejerot at en slik tilstand kan ha hatt sitt utspring i en epidemi hvor til slutt hele befolkningen ble smittet.

Den viktigste sammenligningen kan her gjøres med den *auto-etablerte* formen for narkomani, for det er i følge Bejerot som oftest slik en epidemi begynner. En person som aktivt oppsøkte et rusmiddel for nytelsens skyld, kunne likegodt komme til å forkynne og formidle erfaringen videre til sine venner: ”Smittsamheten kring dessa autoetablerade fall varierar givetvis i hög grad med personligheten, åldern, det missbrukade medlets egenskaper och lättillgänglighet etc., men denna grupp torde vara den potentiellt mest smittsamma av dem vi hittills berört”.²⁰³ En typisk auto-etablert narkoman, som for eksempel en ”ölgubba” som fant ut at han kunne kombinerer alkohol med tabletter fra legen, trengte ikke nødvendigvis å spre denne informasjonen videre. Og om han gjorde det, betød ikke det nødvendigvis at de rundt han hadde klart å få hånd om tablettene slik han gjorde. Men som vi ser kunne det komme sammen en kombinasjon av miljø, tilgjengelighet og god omtale som gjorde at et epidemisk misbruk brøt ut: ”Sannolikt emanerar många av de epidemiska toxikomanierna från ett enda fall av autoetablerad toxikomani: en gnista startar en social skogsbrand, som sedan har speciella förutsättningar för snabb spridning i samhällets undervegetation”.²⁰⁴ Årsaken til at narkotika har en såpass kraftig relasjonell smitte forklares som regel på to måter: salg og opplæring. La oss se på disse hver for seg.

En av de mest brukte forklaringene på hvorfor narkotikabruk spredde seg såpass fort var tanken om at misbrukerne ikke klarte å holde seg i fast arbeid, og derfor ble tvunget til å selge narkotika for å bistå sitt eget misbruk. Straffelovrådet ser ut til å mene at dette var den beste forklaringen på hvordan narkotikabruk spres:

Salg av narkotika blir da en nærliggende måte til å skaffe midler til sitt eget underhold og til sitt eget behov for preparater. Det synes som om akkurat denne mekanismen inntar en sentral dynamisk rolle som ledd i spredningen av misbruket, kanskje som den viktigste årsaken til epidemiens hurtige spredning.²⁰⁵

Dette sitatet er en direkte parefrasering fra Bejerots artikkel ”Aktuell toxikomaniprosblematik” i *Läkartidningen*. Vi skal snart se hvordan denne teorien ble lagt til grunn for den nye lovgivningen.

²⁰³ Ibid., 109.

²⁰⁴ Ibid., 118.

²⁰⁵ Straffelovrådets innstilling 1967, 11.

Den neste smittmekanismen i diskursen om de nye narkomane er *læring*. Man lærte både hvordan narkotika brukes, og *holdninger* til narkotikabruk. Det første argumentet gikk ut på at det ikke alltid var intuitivt hvordan man skulle bruke narkotika. For eksempel måtte man lære hvordan man tilberedet stoffet, doseringen, hvor man kjøpte det, hvordan effektene var og lignende. Et treffende eksempel var det intravenøse Preludinmisbruket i Sverige, som nettopp *måtte* læres:

När det gäller den aktuella svenska missbruksepidemin med intravenös applikation är den inte bara smittsam i största allmänhet utan det är till och med fråga om *direkt kontaktsmitta från person till person*, därför att ingen kan lära sig denna avancerade injektionsteknik utan att ha blivit introducerad i den av någon annan missbrukare.²⁰⁶

Og det var ikke bare det praktiske ved narkotikabruk som lærtes i slike grupper, men også holdninger til narkotikabruk. Evang var spesielt opptatt av dette. Vi har sett hvor kraftig han reagerte mot Greve og Vegge som offentlig uttalte at rus var noe positivt og at eksperimentering med marihuana burde vært lovlig. Evang mente at slike ”ideologier” var noe som sofistiskerte salgsagentene dyttet foran seg i et forsøk på å utvide sitt marked,²⁰⁷ og at i neste omgang ble de samme tankene vidreført av entusiaster og andre narkotikaliberale personer: ”Og det er nifst å se hvor ensrettet ideologien er hos dem som prøver å utbre dette, sa helsedirektøren. - Det første argument er at det er 'ufarlig' - det finnes sogar leger som sier det. Et annet argument er at 'dere unge skal lære dere selv å kjenne!'. Det innebærer en livsfarlig fristelse for de unge”.²⁰⁸ En annen ”ideologi” som bekymret Evang var hvordan narkotikabruk ble koblet til generasjonskonflikten og ungdomsopprøret: ”dessverre er bruken av narkotika hos de unge blitt et ledd i en almindelig protestholdning mot de eldre – som vil nekte disse unge ’alt’”.²⁰⁹ Sosialmedisinerne mente altså at man i visse miljøer lærte hvordan stoff ble brukt og holdninger som forsvarte misbruket. I sosialmedisinsk henseende må slike holdninger og kunnskaper ansees som miljømessige faktorer som svekker agentens immunforsvar mot den skadelige agens.

I Straffelovrådets historiske beskrivelse av narkotikamisbrukets utvikling og i dets argumentasjon for hvordan en ny lovgivning burde utformes anlegger det epidemimodellen. Denne modellen tilsa at den nye formen for narkomani var smittsom, og spredde seg raskt i en

²⁰⁶ Bejerot, ”Symposium for prevention av narkomani”, 447.

²⁰⁷ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, ”Narkotikapropagandistens ’salgsteknikk’”.

²⁰⁸ Aftenposten (morgen), 02.09.1966.

²⁰⁹ Ibid.

geografisk avgrenset riskpopulasjon. I Innstillingen avgrenser man epidemien til Oslo, og til spesielle klikker og miljøer her. Straffelovrådet ser også ut til å mene at salg mellom brukere er den viktigste smitekilden. La oss se på hvordan epidemimodellen la rammene for den nye narkotikaloven av 1968.

4.3 Epidemimodellen og Straffelovrådets innstilling.

Vi har tidligere sett generelt på Straffelovrådets innstilling og under hvilke omstendigheter dette arbeidet ble påbegynt. Jeg viste da at hovedgrunnen til at Straffelovrådet innstilling ble påbegynt var behovet for høyere strafferammer for organisert smugling og omsetning.

Allikevel vies ikke dette spørsmålet noe særlig plass i selve innstillingen: Det ser ut til at dette spørsmålet var selvsagt, og at det ikke trengte noe særlig redegjørelse. Vi så også at Straffelovrådet fikk i oppgave å vurdere hvorvidt bruk alene burde være direkte forbudt ved lov. Selv om Norge allerede hadde undertegnet internasjonale avtaler som forpliktet landet til å føre et forbud mot besittelse av narkotika, så var det først nå man måtte ta stilling til *bruk* alene.²¹⁰ Straffelovrådet brukte mye plass på å drøfte dette spørsmålet, og det er her vi møter de sosialmedisinske teoriene. Det var Bejerot og hans epidemimodell som ble lagt til grunn når man valgte å gjøre det eksplisitt i loven at *bruk* av narkotika var ulovlig. Jeg vil her se på de begrunnelsene man gir.

Som vi så godtok Straffelovrådets epidemimodellens forståelse av den nye narkomanien som smittsom. Rådet ser også ut til å mene at det spesielt er salg av stoff mellom brukere og ikke-brukeres om er den viktigste smitekilden. Et viktig poeng for Straffelovrådet var derfor at man måtte ha så få individuelle misbrukeres om mulig, samt at allmennheten tok avstand fra narkotikabruk. Rådet tenkte at et viktig middel for å nå dette målet var en tydelig lovgivning mot bruk av narkotika.

I den opprinnelige Legemiddeloven av 1964 hadde man følgende paragrafer som rettet seg mot den individuelle brukeren av legemidler:

§ 20 annet ledd: I forskriftene kan inntas forbud mot tilvirkning, omsetning, innførsel, utførsel og gjennomførsel av visse narkotika m.v.

²¹⁰ ”Partene skal ikke tillate besittelse av narkotiske midler uten lovlig adkomst.” St. Prp. nr. 51, Om å samtykke til å ratifisere ”Den alminnelige narkotika-konvensjon” av 1961, avgitt 6. Januar 1967, Artikkel 33.

§ 22 første ledd: det er forbudt uten lovlig adkomst å være i besittelse av narkotika m.v. og å skaffe seg adgang til å få kjøpt slike varer under falske opplysninger, for eksempel om navn, bosted, sykdom eller sykdomstegn.²¹¹

Som vi husker var disse lovene utformet for å forhindre urettmessig besittelse av reseptpliktige legemidler, og man fikk i rettssaken mot den norske jazzmusikeren problemer med å dømme han for bruk av et narkotika som ikke var et legemiddel. Man foreslår derfor i Innstilling å tilføye ”eller å bruke” i listen over ulovlige handlinger i begge paragrafene.²¹² Man forteller at det er ”nødvendig at man som et ledd i kampen mot misbruket har adgang til å reagere med straff mot ulovlig besittelse og ulovlig bruk av narkotiske midler”.²¹³ Som begrunnelse for dette kommer man tilbake til Bejerots epidemimodell:

Som fremholdt av den svenske sosiallege Bejerot må enhver misbruker av narkotiske stoffer – i en situasjon som den vi nå har – betraktes som en potensiell smitterisiko for epidemiens videre utvikling. Samfunnet må søke å hindre utglidning på dette område ved å anvende midler som kan virke bremsende, herunder sanksjoner av strafferettslig karakter.²¹⁴

Straffelovrådet trakk altså konklusjonen at fordi hver misbruker var en potensiell smittekilde, så måtte man ha lovgivning rettet direkte mot brukere. Et annet generelt argument som talte for lovgivningen var at fordi det nye misbruket foregikk i grupper, så ville man langt oftere møte på tilfeller hvor en person hadde brukt stoffet, men ikke hatt det i sin besittelse: ”[M]ed økende misbruk av marihuana og hasjissj og betydelig fare for misbruk av andre preparater innenfor klikker og gjenger – vil man kunne bli konfrontert med tilfelle hvor enkelte av dem som bruker et narkotisk middel, vanskelig kan sies å ha hatt midlet i sin besittelse”.²¹⁵ Vi ser her at det var epidemimodellen og dens tanker om smitte og misbruk i gjenger ble brukt som begrunnelser når Straffelovrådet foreslo å eksplisitt forby *bruk* alene. La oss se på hvordan man tenkte at loven skulle fungere i praksis.

Muligheten for å sanksjonere mot ulovlig bruk (og besittelse) av narkotika skulle bremse ned epidemien på to måter. For det første tenkte man at flere ikke-brukere ville takke nei til å prøve ulovlig narkotika. Dette argumenter gikk ut på at lovgivning ville komme til å

²¹¹ Straffelovrådets innstilling 1967, 20.

²¹² I den ferdige loven ble ”eller å bruke” kun tilføyd i § 22, da man mente at dette skulle holde. Ot. Prp. nr. 46, 1967, 17.

²¹³ Straffelovrådets innstilling 1967, 15.

²¹⁴ Ibid., 16.

²¹⁵ Ibid., 19.

prege allmennhetens holdning. Man tenkte at hvis en ikke-bruker visste at narkotikabruk var ulovlig, ville han ha større grad av immunitet mot eventuelle tilbud fra etablerte misbrukere: ”Denne moral- og vanedannende virkning må anses å ha særlig betydning i en tid da bruk av slike midler blir mer alminnelig kjent enn før og appellerer til nyfikenhet og interesse, ikke minst blant ungdom”.²¹⁶ Man tenkte også at loven ville være avskrekkende for ungdommer som allerede hadde forsøkt stoffet eller var blitt misbrukere. For det andre tenkte man seg at en dom mot ulovlig bruk eller besittelse åpnet for rehabilitering av brukeren: ”En kriminalisering kan i visse tilfelle også føre til at misbrukere får den nødvendige medisinske behandling”.²¹⁷ Man hadde mange muligheter til å tilpasse dommer ut i fra eventuelle behandlingsbehov den straffedømte måtte ha, og en narkoman som ble dømt for overtredelse av narkotikalovgivningen ville da kunne få alternativ soning ved SKN eller i en annen psykiatrisk institusjon. Dette mente man var spesielt gunstig ettersom det ofte var problematisk å holde narkomane i slike institusjoner frivillig: ”Erfaringer fra det terapeutiske arbeid med narkomane viser at strafferettslige reaksjoner som er utformet med sikte på gjennomføring av terapeutiske tiltak, kan gi et tjenlig grunnlag for tilbakeholdelse av vedkommende i institusjon for behandling som ofte vil kreve ganske lang tid”.²¹⁸ Dette ville da si at man fikk fjernet mange av smittekildene, og at disse misbrukerne forhåpentligvis ble ikke-brukere etter rehabiliteringen. Begge disse tiltakene ble begrunnet i den sosialmedisinske epidemimodellen hvor misbruk skjer i grupper og her smittes fra misbruker til ikke-bruker.

4.4 Avrunding

Jeg har i denne delen vist hvordan sosialmedisinen påvirket den norske resepsjonen av de nye narkomane på et institusjonelt og et teoretisk nivå. Det nye helsedirektoratet som kom på plass etter annen verdenskrig var i stor grad tuftet på en sosialmedisinsk tankegang. Jeg har derfor i denne delen argumentert for at den nye narkotikaloven av 1968 må sees som et forsøk på å motarbeide de sosialmedisinske problemene den nye narkomanien representerte ved hjelp av politiet og rettsvesnet. Jeg har også argumentert for at selve utformingen av den nye lovgivningen var påvirket av sosialmedisinske teorier. Bejerots *epidemimodelle* var et forsøk på å forstå hvilke sosiale mekanismer som fremmet narkotikabruk, og den kom med en teori om hvordan spredning skjedde og om den nye narkomaniens demografi. I denne modellen mente man at narkotikabruk foregikk i urbane ungdomsmiljøer, og at misbruket spredde seg ut fra disse gruppene gjennom nære relasjoner og salg av narkotika. Det ble derfor viktig å

²¹⁶ Ibid., 16.

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ Ibid.

stanse de individuelle ”smittekildene” ved hjelp av lovgivning. Man tenkte at den nye lovgivningen skulle begrense smitte ved at man kunne gripe inn mot brukere og få disse i rehabilitering. Man tenkte også at denne loven ville forme holdningene til ungdommer og andre personer som kunne komme i kontakt med disse miljøene, før det var for sent.

5. Individene og stoffene (psykiatri).

Vi har til nå sett hvordan sosialmedisinen tok for seg narkomani som et sosialt problem: et problem for samfunnet, av samfunnet og som samfunnet må ta hånd om. I denne delen skal vi gå ned fra samfunns- til individnivå. Psykiatrien beskjeftiget seg med den individuelle misbruker, og det var derfor denne forskningen som formidlet det vitenskapelige bildet av den narkomanes person og liv. I Norge var det også fra psykiatere man fikk informasjon om rusmidlene og hvordan de påvirket brukerne.²¹⁹

I Straffelovrådets innstilling er det først og fremst psykiatere som får æren av å presentere de narkomane som individer. Dette betyr at psykiatrien som fag i stor grad avgjorde *hvem* de narkomane var, og *hva* som var det narkomane ved dem. Når jeg sier at de avgjorde *hvem* som var narkomane mener jeg at de individene som utgjorde empirien for psykiatrisk forskning, og da i neste ledd Straffelovrådets innstilling, var de misbrukerne som av ulike grunner kom i kontakt med psykiatrien. Når jeg sier at psykiatrien bestemte *hva* som var narkomant ved disse individene er det fordi psykiatrien tolket misbrukerne de kom i kontakt med gjennom sitt fag, og dermed forsøkte å finne korrelasjoner mellom rusmisbruket og de diagnosene og forklaringsmodellene man allerede opererte med i psykiatrien. Det blir derfor viktig å forstå psykiatrien for å forstå det bildet som blir gitt av de narkomane i Straffelovrådest innstilling. Før narkomani i det hele tatt kunne bli et sosialt (og sosialmedisinsk) problem, var det først et psykiatrisk problem for den individuelle misbruker.

I den norske konteksten var det Nils Retterstøl og Arnfinn Teigen som var de sentrale bidragsyterne. Retterstøl var ansatt ved den psykiatriske klinikken ved Universitetet i Oslo og var kanskje den som publiserte mest om narkotikaproblemet i Norge. Teigen var overlege ved Statens klinikk for narkomane og formidlet mye informasjon om arbeidet der. To andre psykiatere som formidlet informasjon om ungdomsnarkomanien i Norge var Helge Waal og Leo Eitinge. Waal jobbet som psykiater ved SKN og bidro med empiri om de første

²¹⁹ Psykiaterne trakk også på forskning fra farmakologien og psykologien. Men i Norge var det hovedsakelig psykiatere som formidlet kunnskapen fra disse fagfeltene i den perioden jeg undersøker. Jeg har bla. derfor tatt utgangspunkt i psykiatrien og psykiatere i dette kapitlet.

ungdomsnarkomane, og Eitinger var professor i psykiatri og skrev en av de første vitenskapelige kronikkene om marihuana i norsk presse.²²⁰

Som vi så var sosialmedisinen en relativt ny vitenskapsgren, og både Evang og Bejerot var foregangsfigurer i den sosialmedisinske forståelsen av det nye narkotikaproblemet. Psykiatrien var en langt mer etablert vitenskap, og de norske psykiaterne formidlet i mye større grad forskning fra andre land enn det sosialmedisinerne gjorde. Sosialmedisinen beskjeftiget seg også hovedsakelig med den nye narkomanien, mens psykiatrien bygget på en mye eldre forskningstradisjon rundt rusmidler og medisiner generelt. Psykiatriens interesse i narkomanien lå på 3 nivåer: 1) rusmidlenes effekter på brukeren, 2) hvilke personlighetstrekk og bakgrunnsfaktorer som disponerte for avhengighet, og 3) behandling av avhengighet. Jeg vil i denne delen først si litt generelt om psykiatrien, og deretter gå nærmere inn på punkt 1 og 2.

5.1 Generelt om psykiatri.

Psykiatere og psykiatrisk forskning spilte en sentral rolle i Straffelovrådets innstilling. Som vi har sett tidligere oppnevnte man psykiaterne Retterstøl og Teigen som sakkyndige medlemmer i arbeidet med innstillingen, og av de 15 personene man referer til som medisinske autoriteter er 9 psykiatere.²²¹ Vi skal komme tilbake til den forskningen man refererte til. Her vil jeg først si litt generelt om psykiatrien i Norge på 1960-tallet, og om det sykdomsbegrepet man opererte med. Vi vil da forstå bedre hvorfor akkurat psykiatrien var den medisinske vitenskapen som jobbet mest med narkotikaproblemet, og hvorfor den var såpass involvert i Straffelovrådets innstilling.

Psykiatri var først og fremst et praktisk fag. I de to lærebøkene i psykiatri jeg har lest i forbindelse med denne delen av avhandlingen har man understreket at psykiatriske bøker og teorier først og fremst er tenkt som et supplement til det daglige arbeidet med faktiske pasienter.²²² I den tidligere nevnte listen over medisinske ansvarsområder er psykiatrien først og fremst en *kurativ* medisin (å gjenopprette helse). Man drev altså både med diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. Norge fikk i 1961 *Lov om psykiske*

²²⁰ "Farene ved marihuana", Aftenposten (morgen) 20.04.1966.

²²¹ De resterende 6 er da to psykologer, tre farmakologer og en nevrolog.

²²² Einar Kringlen, *Psykiatri*, (Bergen: Universitetsforlaget, 1972). Gabriel Langfeldt, *Lærebok i klinisk psykiatri*, (Oslo: Achehoug & co, 1965). Begge disse psykiaterne må kunne sies å være representative for norsk psykiatri i 1960-årene. Gabriel Langfeldt (1895-1983) omtales av Espen Schaanning som "en av Norges mest toneangivende psykiatere", i "Ondskapens medikalisering", i Arr Idéhistorisk tidsskrift 2006, 4, 34.

helsevern, hvor de psykiske lidelser ble mer eller mindre likestilt med andre sykdommer.²²³ For å jobbe som psykiater måtte man først ha en vanlig legeutdannelse med påfølgende praksis. Deretter kunne man ta en 5 års spesialisering i psykiatri. Det at psykiatrien hovedsakelig var en kurativ medisin, betød også at psykiatrien var individorientert, og at det meste av arbeidet foregikk i psykiatriske klinikker og avdelinger.²²⁴ Oppdagelsen av anti-psykotiske og anti-depressive medikamenter på 50-tallet hadde forandret det psykiatriske arbeidet radikalt ved at det åpnet for mer kommunikasjon mellom pasient og terapeut.²²⁵ Psykiatrien i Norge på 1960-tallet var preget av nye ideer, stor tro på miljøets rolle for psykiske lidelser og interesse for alle typer psykoterapi.²²⁶

I Einar Kringlens lærebok i psykiatri (1972) skriver han at man tradisjonelt har forholdt seg til fem hovedkategorier av psykiske lidelser: psykose, nevrose, psykopati, psykosomatiske lidelser og åndssvakhet. Jeg vil gå nærmere inn på disse diagnosene i forbindelse med de narkomane pasientene nedenfor. Her vil jeg først se litt generelt på det psykiatriske sykdomsbegrepet. Kringlen mente at psykiatrien i praksis hadde to sykdomsmodeller: den biologiske og den sosiale modellen.²²⁷ Den biologiske modellen kunne appliseres på tilstander som hadde en direkte somatisk årsak som f.eks. depresjon forårsaket av en hjernetumor. Den andre modellen kalte han sosial, fordi han mente at disse tilstandene ikke nødvendigvis kunne tilbakeføres til en fysiologisk årsak, og fordi vurderingen av disse tilstandene som *sykdom* måtte ta utgangspunkt i visse sosiale normer og verdier. For å tydeliggjøre dette kan vi bruke psykopati som eksempel. Symptomer på psykopati er bla. aggresivitet, hemningsløshet og minimal empati. Videre kan man da spørre: hvor aggressiv er det normalt å være? Hvor går grensen for hemningsløshet? Og hvem bestemmer at man *må* ha empati? Det er klart at slike spørsmål ikke kan besvares vitenskapelig, men må vurderes ut fra et samfunns normer og verdier: "[b]egrepet psykiske helse er ikke et vitenskapelig begrep. Begrepet kan bare være meningsfullt når andre utenomvitenskapelige verdier først er blitt postulert, enten disse er av religiøs eller kulturell art".²²⁸ Det psykiatriske sykdomsbegrepet var altså knyttet til de normer og verdier som hadde utbredelse i samfunnet for øvrig.

²²³ Kringlen, *Psykiatri*, 15. I praksis betydde dette at psykisk lidende skulle få et like godt behandlingstilbud som somatisk lidende, og at man for eksempel kunne få uføretrygd for psykiske lidelser.

²²⁴ Ibid., 13.

²²⁵ Retterstøl, *I grenseland*, 54-56.

²²⁶ Einar Kringlen, *Psykiatriens samtidshistorie* (Oslo: Universitetsforlaget, 2001), 152.

²²⁷ Kringlen, *Psykiatri*, 43-44.

²²⁸ Ibid., 38.

Den sosiale modellen for psykiske lidelser var derfor i stor grad *normativ*. Og en sentral faktor for vurderingen av en persons psykiske helse var tilpasning til omgivelsene og funksjon i samfunnet. Som Kringlen sier det: ”Ved den normative tilnærming vil god tilpasning vurderes høyere enn dårlig tilpasning. Høy intelligens vil vurderes høyere enn lav. Den kliniske tilnærming er en variant av den normative tilnærming. Sykdom og normalitet defineres ut fra det man tror er riktig, ideell eller ’naturlig’ fungering”.²²⁹ Med et slikt syn på psykiatriens ansvarsområde forstår vi kanskje bedre hvorfor psykiatrien påtok seg ”hovedansvaret” for tilstander som stort sett ikke hadde en medisinsk-biologisk årsak, men et sosialt og moralsk tilsnitt, som kriminalitet og narkomani. Disse individene skillte seg først og fremst ut ved at de var dårlig tilpasset samfunnet og ikke delte fellesskapets verdier og normer: ”[p]sykiatrien vil derfor i praksis gjerne ta opp de verdier som flertallet i befolkningen holder for gode og prøve å tilpasse menneskene der etter.”²³⁰ Det var f.eks. noen (få) narkomane hvor man mente å finne at deres personlighet var upåfallende.²³¹ Allikevel var det psykiatrien som tok på seg oppgaven å rehabilitere disse misbrukerne. Den samme tankegangen finner vi i Straffelovrådets innstilling hvor de unge narkomanes problem beskrives som ”mistilpasning”.²³² Som vi har sett tenkte man seg at en kriminalisering av *bruk* av narkotika var gunstig fordi man kunne bytte ut eventuel straff med innleggelse ved SKN eller annen psykiatrisk institusjon. Man sier da i Straffelovrådets innstilling at en slik innleggelse kan hjelpe misbrukeren ”til en bedre tilpasning og til en nødvendig korreksjon av deres livs og atferdsmønster”.²³³ Mange av de første ungdomsnarkomane som ble dømt for marihuana-misbruk i de første årene (1966-67) ble sendt til SKN eller andre psykiatriske institusjoner.²³⁴

Psykiatrien var altså en form for kurativ medisin som arbeidet med diagnostisering og behandling av tilpasning og funksjon i samfunnet. Da de narkomane ofte viste grov mistilpasning til samfunnet ble de naturligvis et viktig studieobjekt for psykiatrien. En annen årsak til at psykiatrien ble en såpass sentral vitenskap var fordi psykiaterne mente å finne korrelasjoner mellom narkomani og de diagnosene man opererte med i psykiatrien. På grunn av dette var det først og fremst psykiatere som var ekspertene på narkomani i Norge, og i 1960-årene var det de som påtok seg formidlingen av informasjon om de ”nye rusmidlene”.

²²⁹ Ibid., 37.

²³⁰ Ibid., 39.

²³¹ Waal, ”Ungdomsnarkomani”, 37.

²³² Straffelovrådest innstilling 1967, 14.

²³³ Ibid., 15.

²³⁴ Ibid., Vedlegg 4, ”Unge norske marihuana-brukere. Fire kasus utvalgt blant narkotikasakene i Oslo for året 1967”.

5.2 De nye rusmidlene.

Med de nye narkomane kom det også nye rusmidler. Men selv om nesten alle vestlige land hadde opplevd et tiltagende bruk av narkotika blant ungdom, var det ikke alltid de samme stoffene som var ”på moten”: i England opplevde man at det blant ungdom skjedde en fornyet misbruk av de mer klassiske stoffene heroin og kokain, og i Sverige hadde man som nevnt en utbredt amfetaminmisbruk. Det var altså ikke bare nye stoffer som ble misbrukt blant den nye generasjonen narkomane, men i Straffelovrådets innstilling og den norske diskursen var det spesielt to tidligere ukjente stoffer som ble stående som særegne for de nye narkomane: cannabis (marihuana/hasjisj) og LSD.²³⁵ Felles for disse var at de ikke fulgte det tradisjonelle skjemaet hvor det misbrukte stoffet enten var oppkvikkende eller sløvende. Både cannabis og LSD ble klassifisert som ”hallusinogener”: de forandret selve bevissthetsstrukturen hos brukeren, og ble derfor oppfattet som langt mer kontroversielle enn de klassiske preparatene. Mens den største faren ved de klassiske preparatene ble ansett å være selve avhengigheten og det mentale og sosiale forfallet dette kunne medføre, ble LSD og cannabis også forbundet med farlige *handlinger* som mord, selvmord, psykose, kriminalitet og religiøs fantasime.

For å ikke skape forvirring må jeg understreke at verken LSD eller cannabis ble oppfunnet på 1960-tallet. Det *nye* som hendte var at disse rusmidlene for første gang ble adoptert av en hel generasjon ungdommer, og slik vekket offentlighetens oppmerksomhet. Til tross for at disse stoffene eksisterte og ble brukt før 1960-årene, så fant man *ingen* klassiske narkomane som brukte disse stoffene, og det er derfor jeg nå omtaler dem som nye. I Straffelovrådets innstilling har Retterstøl skrevet et eget vedlegg om disse to hallusinogenene. Jeg vil her se på hovedmomentene i hans redegjørelse og trekke linjer til den medisinske diskursen om de nye narkomane i Norge.

5.2.1 LSD

Av alle de misbrukte stoffene på 1960-tallet var LSD det historisk nyeste. Mens cannabis ansees som kanskje det eldste rusmidlet i menneskets historie, ble LSD først syntesert i 1938 og deretter markedsført på 40-tallet som et psykiatrisk hjelpemiddel. I løpet av 50-tallet økte stoffets popularitet blant psykiatere og psykologer, og man regnet med at det var slik stoffet

²³⁵ Denne tendensen gjelder for så vidt mange av de andre landene også, men det er store variasjoner som må tas hensyn til. For det første ankom stoffene landene på forskjellige tidspunkt: marihuana hadde for eksempel vært et problem i USA lenge før ”hippiene” kom. Og selv om LSD og marihuana kan sies å utgjøre en slags ”grunnstamme” for hele hippiebevegelsen, så var det f.eks. i Sverige og England henholdsvis Preludin og Heroin som ble viet mest offentlig oppmerksomhet.

fant veien ut til de radikale studentmiljøene.²³⁶ I USA ble det anslått at mellom 30 og 35 % av studentene ved enkelte universiteter hadde forsøkt stoffet.²³⁷ I Norge opplevde man aldri noen såkalt epidemisk utbredelse av LSD, men noen enkelttilfeller vekket offentlighetens oppmerksomhet.²³⁸ La oss se nærmere på kunnskapen man hadde om stoffet med utgangspunkt i Retterstøls redegjørelse.

Først litt generelt om stoffets farmakologi. Klassifiseringen av LSD som et *hallusinogen* kom av dets tendens til å framkalle sansebedrag. Et annet navn man ofte brukte – *psykodelisk*²³⁹ – spilte på at slike stoffer hjalp mindre fremtredende aspekter ved brukeren psyke å manifestere seg.²⁴⁰ Da dette stoffet var vanskelig å fange med entydige definisjoner møter man i medisinsk faglitteratur som regel lister over psykologiske effekter basert på intervjuer og observasjoner av brukere. Her er Retterstøls liste fra Straffelovrådets innstilling:

Den første fase består gjerne i at man trekker seg vekk fra den vanlige verden og inn i seg selv. Den daglige verden blir mer likegyldig, synes grå og uinteressant. Individet kommer i godt humør, føler velbefinnende. (...) Ofte føler det at alt oppleves skarpere og mer intenst, men rene åpenbaringer kan også komme. Omgivelsene synes forandret. Selv likegyldige ting synes som rene underer. Fargesymfonier kan oppleves. Farger og figurer skifter så raskt at individet vanskelig kan følge med. Slike synsfenomener ledsages gjerne av intense og hurtig skiftende følelsesmessige erfaringer, som i løpet av kort tid kan variere fra angst og panikk til svær depresjon eller mystisk oppstemthet. (...) Individet kan føle hele lemsdelene bli større og mindre. Det kan endog føle intenst at det er utenfor sin egen kropp, og betrakter den på avstand. Det kan føle det opplever sin egen død eller gjenfødelse.²⁴¹

Ettersom Retterstøl antageligvis var den som var mest oppdatert på rusmiddelforskning i Norge på denne tiden, må dette antas å være den mest eksakte kunnskapen man hadde om stoffet. Det er lett å forstå hvorfor LSD-rusen vekket allmennhetens oppmerksomhet: Fargesymfonier og gjenfødelse var noe ganske annet enn de klassiske misbrukspreparatene. Men det er viktig å forstå at LSD på 1960-tallet først og fremst ble ansett som et legemiddel.²⁴² Retterstøl bruker mye plass i sin redegjørelse på å drøfte stoffets terapeutiske

²³⁶ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 97-99.

²³⁷ Nils Retterstøl, "Narkotikabruk hos ungdom", *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1968, 22:2093-2098, 2094.

²³⁸ De viktigste i Norge etter mitt skjønn var psykiateren Jan Greves forkynnelse av LSD-bruk, amerikaneren i Rådhusgata-razzian som også hadde LSD, og hippiebevegelsens innflytelse på norsk ungdom.

²³⁹ En erkenorsk utgave av det mer populære begrepet "psykedelisk".

²⁴⁰ Nils Retterstøl, "Orientering om hallusinogener og marihuana", vedlegg 1 til, Straffelovrådets innstilling 1967, 23. Denne fremstillingen forekommer også i Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 42.

²⁴¹ Ibid., 23. Denne fremstillingen forekommer også i Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 47-48.

²⁴² Se f.eks. Langfeldt, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 108-110.

bruk. Den medisinske bruken av LSD er en interessant historie som jeg ikke kan gå inn på her. La oss videre se mer på den ikke-medisinske bruken.

Ikke-medisinsk bruk av LSD ble kanskje først og fremst forbundet med en særegen form for religiøsitet. Retterstøl forklarer i Innstillingen at "[m]ange taler om hallusinogenene som om stoffet har gitt dem en transcendent kontakt med virkeligheten, med guddommen, visdommen, verden".²⁴³ Spesielt i USA kunne man blant studenter og hippier se noe som minnet om en religiøs vekkellesbevegelse. Årsaken til dette var med Bejerots ord at LSD "kan ge opplevelser liknande den religiösa extas, som tidigare varit förbehållen religionsstiftare, helgon, orientaliska mystiker och heliga män".²⁴⁴ Dette kom på mange måter som en naturlig forlengelse av den tradisjonen man har hatt med bruk av lignende hallusinogener i andre religioner. Som vi har sett var mange av hippiene inspireret av østlig religion og filosofi. Et gjennomgående element i beskrivelsen av LSD var altså at brukeren trodde han opplevde "den absoluta sanningen".²⁴⁵

I den medisinske diskursen mente man at denne religiøse følelsen kunne resultere i en *megaloman* tilstand. I Innstillingen skiver Retterstøl at noen brukere "føler seg som overmenneske, mener seg å være Gud eller Kristus".²⁴⁶ En av de fremste LSD-ekspertene på denne tiden, den amerikanske psykiateren Sydney Cohen, var den hyppigst siterte forskeren når man omtalte LSDens psykologiske virkninger.²⁴⁷ Hans klassiske eksempel var selgeren som trodde han var Jesus Kristus:

En selger fikk etter å ha brukt LSD et halvt dusin ganger den forestillingen at han var Jesus Kristus, og han fikk også overtalt sin kone som hadde brukt LSD, til å tro at hun var Den Hellige Jomfru. De samlet noen få LSD-disipler rundt seg, solgte bilen, konens pelskåpe og andre eiendeler, ga pengene til fremmede og la planer om å vandre inn i fjellene og slå seg ned der.²⁴⁸

Cohen tolket også et LSD-relatert dødsfall hvor en student dro til en strand for å ta LSD, og tre timer senere ble funnet druknet. Cohen understreket at vi selvsagt ikke kunne vite årsaken til dødsfallet, men "[d]en mulighet består at han under den 'jeg-oppløsende' virkning av LSD

²⁴³ Straffelovrådets innstilling 1967, 23.

²⁴⁴ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 74.

²⁴⁵ Ibid., 75. Fjernet kursiv.

²⁴⁶ Retterstøl, "Orientering om hallusincogener og marihuana", 23. Samme tekst finner man i Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 47.

²⁴⁷ Han siteres både av Bejerot, Evang og Retterstøl.

²⁴⁸ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 103.

ble besatt av den idé at han i likhet med Kristus kunne vandre på sjøen”.²⁴⁹ I den medisinske diskursen ble LSD forbundet med religiøse åpenbaringer, og slik tillagt mange av de negative konnotasjonene som man ville funnet ved lignende vekkelsesbevegelser. I USA hvor LSD hadde størst utbredelse kunne man rapportere om dusinvis med ”LSD-framkallade Messias-gestalter som alla är övertygade om att vara den utvalde och som alla besitter den absoluta sanningen”.²⁵⁰

Et annet gjennomgående trekk i skildringen av LSD er *paranoide reaksjoner* og påfølgende *mord/selv mord*. Som vi har sett tenkte man seg at stoffet kunne bringe frem og gjøre sider ved en persons underbevissthet mer manifest. Dette kunne da føre til mystisk ekstase, men også til grufull forvirring. I Straffelovrådets innstilling forteller Retterstøl: ”Som regel bevarer individet sin innsikt for at opplevelsene er kunstige, men tap av innsikt kan man av og til få. I slike tilfelle kan ekte paranoide idéer utvikle seg, hvor individet mener seg forfulgt eller etterstrebet av omgivelsene”. Han skriver deretter at i en slik tilstand av paranoid forvirring var det beskrevet flere historier om mord.²⁵¹ I den medisinske diskursen siterte man også her Cohen, som mente å ha mer enn nok bevis for at LSD kunne lede til drap:

En kvinne i New York ble funnet drept i sin leilighet, og da politiet som ren rutine oppsøkte hennes svigersønn for å søke å skaffe opplysninger, spurte han forvirret og opphisset: ”Drepte jeg min kone? Voldtok jeg henne? Hva har jeg gjort?” Så iføyde han: ”Nå har jeg holdt det gående i tre dager på LSD.” Det viste seg at han hadde drevet eksperimenter med LSD på seg selv, hadde vært innom en psykiatrisk klinikk et par dager, tre uker før dette skjedde. Han var morderen.²⁵²

I en annen Amerikansk undersøkelse av pasienter som var innlagt for misbruk av LSD, kunne 9 av de 75 fortelle om ”ukontrollable impulser i retning av voldshandlinger”, hvor to av disse hadde forsøkt å begå mord.²⁵³ Man så altså ut til å mene at det var noe ved selve stoffet som gjorde folk mer tilbøyelige til å utføre drap.

Også selvmord nevnes alltid som en potensiell konsekvens av LSD-bruk. I Straffelovrådets innstilling snakker Retterstøl således om ”svære selvbekreidelser”, som kan

²⁴⁹ Sydney Cohen, sitert i Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 102.

²⁵⁰ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 75.

²⁵¹ Retterstøl, ”Orientering om hallusinogener og marihuana”, 23. Denne teksten forekommer også i Nils Retterstøl, ”Hallusinogener”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966, 1:53-55. Og i Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 48.

²⁵² Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 103.

²⁵³ Ibid.

føre til suicidale tilbøyeligheter.²⁵⁴ Allerede 2. September 1966 hadde Evang fortalt Aftenposten at ”bruken av LSD bare ved ett universitet i USA hadde ført til 70 selvmord”.²⁵⁵ Også i WHO’s rapport om narkotika og avhengighet fra 1965 skriver man at ”[e]n og annen kan bli deprimert, slik at selvmord er en mulighet blant dem som bruker stoffene [LSD og lignende hallusinogener]”.²⁵⁶ Man mente altså at LSD kunne føre til en depresjon eller skyldfølelse som ledet til selvmord.

Som vi ser var LSD kraftig kost. Som et terapeutisk verktøy så mange psykiatere det som en terapeutisk revolusjon. Men som vi ser mente man også at tilsynelatende normale mennesker kunne utføre de grusomste handlinger ved amatørmessig bruk.

5.2.2 Cannabis.

Som nevnt tidligere var det stoffet cannabis som sto i sentrum for den norske diskursen om de nye narkomane på 1960-tallet. I Straffelovrådet innstilling skriver man at i Norge ”synes narkotikabruken blant ungdom å gjelde marihuana og hasjisj”.²⁵⁷ Ved SKN la man også merke til at de nye ungdomsnarkomane hadde ”et svært diffust misbruk hvor hasjisj utgjorde grunnstammen”.²⁵⁸ Cannabis ble også mye omtalt i media, og som vi har sett besto den tidlige resepsjonen av de nye narkomane av debatter om stoffets farlighetsgrad. Evang kunne da i 1967 oppsummere denne debatten så langt: ”[i] den omfattende drøftelse av narkotikaproblemer er det få spørsmål som har skapt større forvirring og usikkerhet enn diskusjonen om hvor farlig cannabis (marihuana og hasjisj) egentlig er”.²⁵⁹

Jeg skal i denne delen ikke ta for meg denne mangesidige debatten, men se nærmere på den psykiatriske og farmakologiske kunnskapen man hadde om stoffet. Forskningen fra disse fagfeltene støttet nok først og fremst opp under det synspunktet at cannabis var et meget farlig rusmiddel. I forskningen fant man forbindelser mellom cannabis og sløvhet, kriminalitet, aggressivitet, sinnssykdom og tyngre stoffer. Jeg vil se på disse etter tur, men først ta for meg litt gerenelt om stoffets farmakologi.

Cannabis ble i likhet med LSD klassifisert som et *hallusinogen*, men man var fullt klar over at det ikke var like sterktvirkende. Det var allikevel flytende overganger i skildringen av

²⁵⁴ Retterstøl, ”Orientering om hallusinogener og marihuana”, 23. Dette poenget gjøres også i Retterstøl, ”Hallusinogener”, 53. Og i Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 104.

²⁵⁵ Aftenposten (morgen), 02.10.1966.

²⁵⁶ WHO, *Narkotika*, 45.

²⁵⁷ Straffelovrådets innstilling 1967, 14.

²⁵⁸ **Jubileumsskrift for SKN, 36.**

²⁵⁹ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 86.

LSD og cannabis. For eksempel mente man at cannabis også kunne gjøre brukeren paranoid, forvirret, voldelig og stormannsgal. Det var allikevel aspekter som var særegne for cannabis, og det er de jeg vil se på her. I Straffelovrådets innstilling ga Retterstøl denne listen over de psykologiske virkningene av stoffet:

Ofte får man i første omgang en umotivert gledesfølelse, pratsomhet, livlighet, endret sanseinntrykk av omgivelsene, særlig ved at tid og rom oppfattes annerledes. (...) Andre symptomer kommer først etter at stoffet er brukt over noen tid. Sanseinntrykk kan synes forsterket, spesielt syns- og hørselsopplevelser. Særlig gjelder dette musikk, rytme, farge og form.²⁶⁰

Med denne generelle beskrivelsen i bakhånd kan vi gå videre til de momentene ved cannabis som ble viet mest interesse fra psykiatrisk og farmakologisk hold.

Et moment det synes å være stor enighet om er at cannabisrøykeren blir passiv. I Retterstøls redegjørelse skriver han at "[s]enfølger etter langvarig inntak blir gjerne sløvhed, likegyldighet, mangel på produktivitet, forsømmelighet, ofte også av den personlige hygiene".²⁶¹ Dette er som Evang sier en av de reaksjonene på stoffet som man ikke hadde noe bestemt sykdomsnavn på, men som likevel kunne være meget alvorlige så vel på kort som lang sikt.²⁶² Denne påstanden ble ofte framsatt som en farmakologisk beskrivelse av stoffets virkning, som f.eks. i WHO's rapport fra 1965: "For enkeltmennesket kan cannabis-misbruket føre til skadevirkninger som tiltaksløs treghet (*inertia*), sløv døsighet (*lethargy*) [og] skjøtesløshet med personlig stell".²⁶³ Hos Retterstøl ser forklaringen ut til å ligge på et mer sosiologisk nivå. Årsaken var *subkulturen* rundt bruken:

I mange av disse subkulturer finner man en viss innstilling av at man har meldt seg ut av samfunnet, man er ikke lenger interessert i det andre mennesker er interessert i: arbeid, fremgang, ekteskap osv. man er kun interessert i gjengen interesser, og man lever og virker innen denne, og er da på sett og vis utmeldt fra samfunnets øvrige funksjoner.²⁶⁴

Uansett hvilken forklaring som ble framsatt, gjennsto tanken om at cannabisbrukeren ble passiv og forsømmer sitt personlige og sosiale liv.

²⁶⁰ Retterstøl, "Orientering om hallusinogener og marihuana", 26. Den samme listen forekommer i Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 57.

²⁶¹ Ibid., 27. Samme tekst finner man i Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 58.

²⁶² Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 92.

²⁶³ WHO, *Narkotika*, 34.

²⁶⁴ Retterstøl, "Narkotikamisbruk hos ungdom", 2093.

Det neste momentet er tanken om at cannabis var *hemningsoppløsende*, og derfor også kunne lede til aggresjon og kriminalitet. I Retterstøls redegjørelse forklarer han at de hallusinogene egenskapene til cannabis kan lede til ”uro, aggressivitet, voldshandlinger”,²⁶⁵ og at ”marihuana hos visse personer kan føre til uansvarlige handlinger og kriminalitet”.²⁶⁶ Empirien for denne teorien var som regel undersøkelser av hvor mange straffedømte som brukte cannabis. Argumentet om at det i mennesker utløser aggresjon og er hemningsoppløsende ser ut til å ha dype historiske røtter.²⁶⁷ Bejerot begynner sin redegjørelse for argumentet ved å sitere 5000 år gammel farmakologi: ”drogen är utförlig beskriven i den legendariske kejsaren Shen Nungs farmakologi av år 2737 f.Kr. (...) och hade dåligt rykte redan då. På grund av sin hämningsupplösande effekt fick det epitetet ’syndens frigörare’”. Hos Bejerot blir cannabis da sammenlignet med alkohol:

[cannabis] medför ett berusningstillstånd, som har vissa likheter med alkoholpåverkan: förhöjd sinnesstämning och ökad självkänsla, sänkt självkritik och försämrat omdöme, sänkta hämningsfunktioner och en ökad sexualitets som synes bero på avskärmning av hämningsmekanismerna.²⁶⁸

Fordi cannabis senket selvkritikken var det også i følge Evang stor sannsynlighet for at man ble aggressiv: ”Fra land hvor marihuana er mer utbredt enn hos oss, er berettet tallrike tilfelle hvor personer under påvirkning av marihuana har mistet selvkontrollen, er blitt voldsomme og herunder har kunnet begå forbrytelser”.²⁶⁹ Kilden som man da refererte til i Straffelovrådets innstilling og flere andre steder i den medisinske diskursen var *Gardikas*, som forsket på forholdet mellom marihuana og kriminalitet.²⁷⁰ Han utførte etterundersøkelser på 350 personer som hadde blitt dømt for offentlig bruk av cannabis. Av disse 350 hadde 170 ikke vært straffeforfulgt før, men ble i årene framover stadig dømt for ”utpressing, bedrageri, tyveri, trusler, mord og andre voldsforbrytelser”.²⁷¹ Alt i alt pådro disse 170 individene seg 1247 straffesaker etter at de ble arrestert for marihuanabruk, og konklusjonen man kunne

²⁶⁵ Retterstøl, ”Orientering om hallusinoener og marihuana”, 26.

²⁶⁶ Ibid., 28.

²⁶⁷ Mer om dette argumentets historiske røtter i Ragnar Hauge, ”Hasan og cannabisdemonen”, i *Alkoholpolitikk* 1986, hefte 3:89-94.

²⁶⁸ Bejerot, *Narkotikafrågan och samhället*, 71.

²⁶⁹ Evang, *Aktuelle narkotikaproblemer*, 96.

²⁷⁰ Originalartikkel: C.G. Gardikas, ”Hashish and crime”, *Enkephalos* 1950, 201-211. Siteres i: Straffelovrådets innstilling 1967; Retterstøl, *Medikamentmisbruk*; Eitinger, ”Farene ved marihuana”; Nils Retterstøl, ”Er marihuana (hashish, cannabis) et farlig stoff?”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1967, 5:344-345.

²⁷¹ Eitinger, ”Farene ved marihuana”, *Aftenposten* 20.04.1966.

trekke fra dette var at "[d]e ble alle *først* marihuana-misbrukere, og derefter kriminelle".²⁷² Som jeg allerede har vist angir man som en forklaring på den økte kriminaliteten at hemninger oppløses som ved alkohol, og at voldelige impulser derfor lettere kan komme til uttrykk. Et annet heller ikke så uvanlig argument var at cannabis over tid førte til en "reduksjon av personligheten (...) og da særlig av den etiske vurderingsevne".²⁷³ Man mente at cannabisbrukeren ikke klarte å mobilisere motforestillinger mot kriminalitet og vold, noe som kunne være et farlig trekk i kombinasjon med en sterk psykisk avhengighet.²⁷⁴ En annen forklaring var den som man også finner i beskrivelsen av LSD, nemlig at brukeren ble paranoid, forvirret eller psykotisk.²⁷⁵

I Retterstøls redegjørelse drøfter han også korrelasjonen mellom cannabisbruk og sinnsykdom. Her siteres den amerikanske farmakologen Louis Lewin, som hadde gjort en inndeling av cannabispsykosene. Han skilte mellom tre nivåer:

- 1) Lettere tilstander preget av eufori, synshallusinasjoner, illusjoner, av og til med overgang i delir,
- 2) Akutte maniske tilstander, ofte ledsaget av agitasjon og vrangforestillinger og
- 3) Mer langvarige maniske tilstander.

Det var selvsagt de langvarige eller kroniske tilstandene som var mest bekymringsfulle: "Lewin, som regner som en av verdens fremtredende eksperter på området, refererer til et materiale fra Bengalen hvor 76 av 232 tilfelle av sinnslidelser var forårsaket av cannabis. Av de 76 ble bare 34 helbredet".²⁷⁶ Spesielt interessant for cannabisforskningen var da de landene hvor bruken var endemisk (en integrert del av hovedkulturen), som f.eks. Marokko. Retterstøl gjenga i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* en fersk undersøkelse fra 1967 av 140 pasienter som i perioden 1963-1965 ble innlagt med psykoser som var antatt forårsaket av cannabis:

Det kliniske psykotiske bilde i sykehuset var sterkt variert. Svært ofte forekom schizofreniforme sykdomsbilder, med hallusinose, som særlig var fremtredende i begynnelses-stadiene. Synshallusinosen

²⁷² Ibid. Min kursiv.

²⁷³ Ibid.

²⁷⁴ Ciba foundation study group no. 21, *Hashish: Its chemistry and Pharmacology* (London: J. & A. Churchill, LTD., 1965), 14. Dette er kanskje den mest siterte kilden om cannabis' i den perioden jeg undersøker.

²⁷⁵ Nils Retterstøl, "Psykosier utløst av marihuana", *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1967, 19:1630, 1630; Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 57; WHO, *Narkotika*, 35.

²⁷⁶ Retterstøl, "Orientering om hallusinogener og marihuana", 27. Denne forskningen referers også til i Retterstøl, "Er marihuana (hashish, cannabis) et farlig stoff?", 344.

tok ofte form som djevlar. (...) Paranoide symptomer forekom hos nesten alle pasienter, særlig ble familie og naboer oppfattet som fiender. Storhetsforestillinger var også meget vanlig.²⁷⁷

Man mente altså at cannabis kunne føre til psykoser av varierende grad, og også utløse dypere latente psykiske problemer som schizofreni. I det siste sitatet ser vi også at cannabis i likhet med LSD tilskrives *megalomane* virkninger.

Det siste momentet som sto sterkt i omtalen av cannabis i den medisinske diskursen var tanken om at marihuana førte en over til tyngre stoffer. I Retterstøls redegjørelse skriver han at "[d]et er alminnelig antatt at bruk av cannabis kan danne innledningen til mer alvorlig former for misbruk".²⁷⁸ Retterstøl vektla også dette i sin beskrivelse av cannabis i Aftenposten 26. Juli 1966: "[cannabis] er farlig, ikke minst fordi det ofte danner innledning til opiums- og heroinmisbruk".²⁷⁹ Dette argumentet ble underbygget ved å henvise til undersøkelser hvor tyngre misbrukere av f.eks. opiatar fortalte at de begynte med cannabis. I Straffelovrådet innstilling refererer man til den amerikanske psykologen Chein, som viste at "nesten alle heroinmisbrukere han intervjuet hadde røkt marihuana før de prøvde heroin".²⁸⁰ I dette tilfellet ser forklaringen ut til å være at cannabis vekker en smak for eufori i brukeren som det selv ikke klarer å tilfredsstille.²⁸¹ Den forklaringen WHO forholder seg til er av mer sosiologisk art: "Misbruk av cannabis kan lett føre til kontakt med miljøer i underverden (*subcultures*) og andre grupper som har med farligere stoffer å gjøre, som opiatar og barbiturater. Overgangen til bruk av slike midler vil være en følge av denne kontakten heller enn virkningen av cannabis selv".²⁸² Uansett hvilken forklaring man benyttet, så var dette et viktig moment i den medisinske omtalen av stoffet.

Jeg har her gått gjennom Retterstøls redegjørelse for marihuana i Straffelovrådets innstilling, og vist hvordan de momentene han tar opp er typiske for den medisinske diskursen for øvrig. I omtrent alle aktuelle redegjørelser for stoffet fra denne perioden finner man disse momentene med noen få variasjoner som jeg har prøvd å belyse her. Den optimismen og aksepten som vi så i hippiediskursen ble altså avvist av forskningen. De som mente at

²⁷⁷ Retterstøl, "Psykoser utløst av marihuana", 1630.

²⁷⁸ Retterstøl, "Orientering om hallusinogener og marihuana", 28.

²⁷⁹ Retterstøl, "Medikamentmisbruk", Aftenposten 29.07.1966.

²⁸⁰ Retterstøl, "Orientering om hallusinogener og marihuana", 28.

²⁸¹ Ibid. Denne forklaringen benyttes også i Retterstøl, "Er marihuana (hashish, cannabis) et farlig stoff?", 344.

²⁸² WHO, *Narkotika*, 37. Dette argumentet om at marihuana tvinger brukeren inn i en kriminell subkultur blir i dag brukt på en annen måte. Mens det på 1960-tallet ble brukt for å fremme forbudet mot marihuana, blir det i dag brukt mot forbudet.

cannabis kunne få en naturlig plass sammen med alkohol og nikotin tok til ordet for galskap og kriminalitet.

5.3 Psykiatrisk forskning på de nye narkomane.

Som nevnt var det de misbrukerne psykiatrien kom i kontakt med som utgjorde empirien for forståelsen av den nye narkomanien. I Straffelovrådets innstilling er det spesielt to psykiatriske undersøkelser som er ment å gi et bilde av hvordan misbruken hadde utartet seg i Skandinavia: den svenske psykoanalyikeren Bengt Heruls undersøkelse av Stockholms-ungdom under 21 år som ble behandlet for rusmisbruk, og den danske psykiateren Finn Jørgensens undersøkelse av pasienter fra Rigshospitalets psykiatriske klinikk som hadde brukt LSD eller cannabis. Disse undersøkelsene så hver for seg på forholdet mellom rusmisbruk og familiebakgrunn, og forholdet mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Disse korrelasjonene var også de mest omtalte i psykiatrisk forskning på rusmisbrukere i den medisinske diskursen for øvrig. Jeg vil derfor i denne delen først se litt generelt på korrelasjonen mellom rusmisbruk og personlighet i psykiatrien. Deretter vil jeg se på de nevnte psykiatriske undersøkelsene og vise hvordan de korrelasjonene man trass til familiebakgrunn og psykiske lidelser var typisk for norsk psykiatri på 1960-tallet.

5.3.1 Psykiatriens syn på psykiske helse og rusmisbruk.

De psykiatriske undersøkelsene man henviser til i Straffelovrådets innstilling og i den medisinske diskursen for øvrig viser stort sett alltid til *korrelasjoner* mellom psykiske problemer og rusmisbruk. Forholdet beskrives sjeldent som en årsakssammenheng. Denne korrelasjonen kunne da tolkes i begge retninger: psykiske lidelser førte til rusmisbruk, eller rusmisbruk førte til psykiske lidelser. I den medisinske diskursen ble denne forskningen brukt til å vise begge deler, og det var som regel den som presenterer korrelasjonen som la føring på hvordan resultatene skulle leses. Jeg vil her først se på den ene ”retningen”, fra psykiske lidelser til rusmisbruk, og deretter fra rusmisbruk til psykiske lidelser. Hensikten er å vise at man i psykiatrien var veldig opptatt av korrelasjonen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk, og slik tydeliggjøre den forskningen som presenteres i Straffelovrådets innstilling.

En fin innledning til problemet omkring forholdet mellom personlig psyke og rusmisbruk ga Bejerot ved ”Symposium for prevention av narkomani” i 1967. Han fortalte at i malerbransjen så fantes det nok knapt en eneste maler som ikke en eller flere ganger hadde blitt kraftig beruset eller påvirket av et løsemiddel. Spørsmålet var hvorfor noen malere i en slik situasjon valgte å ventilere sitt arbeidslokale bedre, mens andre ville ”grundlägga ett svårt

missbruk”.²⁸³ Bejerots konklusjon kan sies å være representativ for det meste av psykiatrisk forskning på dette området:

Om eksempel vi endast en målare av femhundra fastnar för den här missbruksformen vågar jag utan närmare psykiatrisk exproation ändå hävda att denna bråkdel av målarpopulationen med mycket stor sannolikhet redan före missbruksdebuten varit psykisk avvikande jämfört med den delen av yrkesgruppen.²⁸⁴

Også hos de norske psykiaterne ser denne antagelsen ut til å være normen. De tenkte ikke at stoffet og dets virkninger alene kunne gjøre hvem som helst avhengig, man måtte være *disponert* for avhengighet. Retterstøl mente at ”[n]år det gjelder vanedannende stoffer, vil som regel mennesker med bestemte personlighetsstrukturer bli avhengige”.²⁸⁵ Han drøftet spørsmålet om det fantes noen forbindelse mellom personlighetstype eller konfliktsituasjon og valget av misbrukspreparat, og kom fram til at man bare kunne snakke om en ”generell tendens til eufomani”. Med dette mente han at det ble de sosiale omgivelsene og andre tilfeldigheter som avgjorde hvilket preparat som ville bli misbrukt av det disponerte individ.²⁸⁶ Dette poenget bekreftes i Eitingers kronikk om marihuana: ”[s]om ventet viste detaljerte psykiatriske undersøkelser av et større antall marihuana-misbrukere at de a priori var personlighetsmessig mindre bra utstyrt”.²⁸⁷ Også ved SKN fant Waal at det ikke var gjennomsnitts ungdommen som ble innlagt for narkotikamisbruk. Som vi har sett var ungdommene preget av ungdomsopprøret og var ofte kritiske til foreldregenerasjonens krav, men ”[i] bakgrunnen for hele dette spekteret har det hos de fleste av våre pasienter ligget store psykiske vansker”.²⁸⁸

Ungdommene som pådro seg rusproblemer var altså ”som ventet” predisponert for misbruk. Men det var også en annen tendens i diskursen, hvor man understreker hvordan rusmisbruk førte *til* personlighetsforstyrrelser. Waal ved SKN fant at om lag alle ungdommene som var innom klinikken hadde betydelige atferdsvansker og nevrotiske trekk. Men han mente også at ungdommenes bakgrunn ”slett ikke forklarer de unges utvikling i seg

²⁸³ Altså ”sniffting”. En rusform hvor brukeren innåndar en aromatisk alkohol for å oppnå rus. Bejerot, ”Symposium for prevention av narkomani”, 441.

²⁸⁴ Ibid., 447.

²⁸⁵ Retterstøl, ”Er marihuana (hashish, cannabis) et farlig stoff?”, 344.

²⁸⁶ Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 77.

²⁸⁷ Jeg må innrømme at jeg er litt usikker på bruken hans av begrepet ”a priori” her. Eitinger, ”Farene ved marihuana”, Aftenposten, 20.04.1966.

²⁸⁸ Waal, ”Ungdomsnarkomani”, 37.

selv. Ved en vanlig vurdering vil minst 12,5 % karakteriseres som upåfallende, og slett ikke alle hjemmene bød på vilkår dårligere enn det vanlige”. Disse ungdommene hadde altså psykiske lidelser uten at man kunne finne tydelige årsaker i deres oppvekst eller personlighet, og konklusjonen ble at ”[s]elve misbruket synes i betydelig grad å ha en disintegrerende og oppløsende virkning”.²⁸⁹ Også Eitinger som ikke så det som noen overraskelse at de narkomane ungdommene var dårlig psykisk utrustet måtte innrømme at ”man efter langvarig misbruk vanskelig kan bevise at disse personlighetsavvikelser allerede har vært tilstede før misbrukets begynnelse”.²⁹⁰ I Straffelovrådets innstilling hadde man innhentet uttalelser fra politilegen i Oslo, som kunne fortelle at cannabis hadde ført til tydelige personlighetsforandringer hos mange av de første arresterte for cannabisbruk.²⁹¹ Psykiaterne mente altså at mange misbrukere ikke var personlighetsmessig forstyrret forut for misbruket, men ble det gjennom misbruket.

Vi forstår hvorfor dette var et vanskelig område for forskningen. Man fant mange psykiske problemer blant misbrukere, men man fant *også* at deres personlighetsstruktur var predisponert for disse problemene. Det ble altså en vanskelig sirkelgang hvor de samme personene som var predisponert for medikamentmisbruk også var predisponert for psykiske lidelser, og hvor de psykiske lidelsene som predisponerte for rusmisbruk også kunne framprovoseres av rusmisbruket. La oss videre se på hvordan disse korrelasjonene ble beskrevet i Straffelovrådets innstilling og den medisinske diskursen.

5.3.2 Psykiatriens syn på oppvekst og familie.

I den delen av Straffelovrådets innstilling hvor man blir presentert for narkotikamisbrukens utvikling i Norge og andre land blir vi kjent med narkomane ungdommer fra Sverige og Danmark gjennom to psykiatriske undersøkelser. I undersøkelsen fra Sverige er det lagt mye vekt på ungdommens foreldre og familiesituasjon. For å forstå dette bedre vil jeg her se kort på hva man tenkte om forholdet mellom familie og personlig psyke i norsk psykiatri²⁹² på 1960-tallet.

Norske psykiatere på 60-tallet var svært opptatt av familie og oppvekst. Man mente at selve grunnlaget for personligheten (konstitusjonen) i stor grad formes i barndomsårene, og at

²⁸⁹ Ibid.

²⁹⁰ Eitinger, ”Farene ved marihuana”, Aftenposten, 20.04.1966.

²⁹¹ ”Unge norske marihuana-brukere. Fire kasus blant narkotika-sakene i Oslo for året 1967”, vedlegg 4 til, Straffelovrådets innstilling 1967, 37.

²⁹² Jeg antar her at svensk og norsk psykiatri hadde mye i felles, og dette blir heller ikke så viktig siden det bare var tallene som ble importert og de norske psykiaterne som presenterte dem.

det ved en psykiatrisk vurdering vil være viktig å ha kjennskap til pasientens oppvekst og foreldre. Langfeldt forteller for eksempel at det er ”barnesinnets mottagelighet og sensitivitet som gjør at det nettopp i dette livsavsnitt legges grunnlag for mange nevrotiske lidelser”.²⁹³ Det som ble beskrevet som foreldrenes viktigste oppgaver var å lage et trygt miljø for barnet og være gode forbilder.

Årsaken til at familien og foreldrene ble viet så stor oppmerksomhet i psykiatrien var fordi dette var barnets første *miljø*. Man mente at dette miljøet i stor grad ville dirigere barnets genetiske utfoldelse: ”[d]et er uten videre innlysende at de betingelser som miljøet gir for utviklingen, respektive hemningen av de medfødte disposisjoner, er avgjørende for hele personlighetsutviklingen”.²⁹⁴ Det man da regnet som det aller viktigste i de første barndomsårene var et miljø som skapte trygghet for egen sikkerhet, og tillit til omgivelsene. Den kanskje viktigste faktoren ble da hvorvidt foreldrene klarte å leve harmonisk sammen. Foreldre burde unngå at ”det utspilles scener i barnets nærvær eller at barnet blir direkte utsatt for tilfeldige temperamentsutbrudd”. Slike episoder kunne føre til frykt og usikkerhet, og beskrives som ”ytterst skadelig” for barnet.²⁹⁵

Samtidig mente man at foreldrene også burde fungere som gode forbilder for barnet. Innflytelsen fra Freud var fortsatt stor, og man tenkte seg at foreldrene i stor grad formet barnets *over-jeg*.²⁹⁶ Langfeldt forteller således at ”[f]or en normal utvikling gjennom barnealderen kreves også at barnet skal ha et forbilde som gjennom identifisering kan danne grunnlag for utviklingen av et etisk og sosialt sett høyverdig over-jeg”.²⁹⁷ Tanken ser ut til å være at barnet trenger identifikasjonsmodeller for å opparbeide seg en sikkerhet om hvordan man skal oppføre seg i de ulike roller man inntar i et samfunn. Spesielt viktig var da kjønnsroller og rollen som forelder.²⁹⁸

En faktor som ville være avgjørende for begge de overnevnte punktene var familiens sammensetning og sosioøkonomiske status. ”Av særlig psykiatrisk interesse er de *ufullstendige* familier (der en av foreldrene mangler).”²⁹⁹ Som vi forstår ville en slik familiesituasjon være lite gunstig i psykiatrisk henseende. For det første ville barnet mangle

²⁹³ Langfeldt, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 5. Fjernet kursiv på ”nevrotiske lidelser”.

²⁹⁴ Ibid., 15.

²⁹⁵ Ibid., 16.

²⁹⁶ ”Over-jeg” er i Freud sin lære den moralske delen av psyken, som ofte er i konflikt med den mer primitive driftsdelen. Den moralen man finner her kan i følge Freud spores tilbake til samfunnet og andre nøkkelpersoner.

²⁹⁷ Langfeldt, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 16.

²⁹⁸ Kringlen, *Psykiatri*, 54.

²⁹⁹ Ibid.

en sentral identifikasjonsmodell (far eller mor), og barnet ville ikke oppleve hvordan et harmonisk samliv mellom far og mor kunne se ut. Det kanskje best bekymringsfulle var familiens sosioøkonomiske tilstand: ”[d]e enslige, og særlig de ugifte mødre, tvinges ut i yrkeslivet og bort fra sine barn også mens disse er små og virkelig trenger deres omsorg.” Ikke bare mistet barnet da muligheten til omsorg, men den svake økonomiske situasjonen kunne skape en utrygg situasjon som både påvirket forsørgeren og barnets mentale helse.³⁰⁰

Som vi ser var det en sterk forbindelse mellom oppvekst og barnets psykiske helse i norsk psykiatri på 1960-tallet. Både den økonomiske situasjonen og dynamikken i familien la grunnlaget for barnets mentale stabilitet.

5.3.3 Korrelasjon mellom oppvekst og rusmisbruk.

Den svenske undersøkelsen utført av Herulf og hans sekretær la spesielt vekt på korrelasjonen mellom familiebakgrunn og rusmisbruk. De to hadde kontaktet alle instanser i Stockholm som drev med ungdomsarbeid, og gått ”gjennom journaler og andre dokumenter for alle personer under 21 år, som i ett-årsperioden 1. juli 1965 til 1. juli 1966 for første gang ble tatt under behandling for narkotikamisbruk”.³⁰¹ La oss se hvordan denne forbindelsen omtales i Straffelovrådets innstilling og den medisinske diskursen for øvrig.

Først litt repetisjon. I *Medikamentmisbruk* beskriver Retterstøl de nye narkomane som en kontrast til den nervøse og lidende klassiske misbruker. De ungdomsnarkomane var ”unge mennesker på jakt etter nye opplevelser og spenning, i protest mot autoritet og samfunn”. Men kontrasten blekner, når man i neste setning finner ut at disse ungdommene heller ikke hadde problemfrie liv:

Ofte dreier det seg om ungdom fra hjem preget av følelsesmessige problemer: skilsmisse, ugift mor, enslige forsørgere og av andre grunner (dødsfall, etc.), rivninger og stridigheter foreldrene imellom, disharmoni, trangboddhet, dårlige økonomiske kår. Slik ungdom har ofte tidlig i tilværelsen fått mye utrygghet og usikkerhet i seg.³⁰²

Her møter vi igjen psykiatriens interesse for inkomplette hjem og disharmoniske familier. Som vi ser mente Retterstøl at en slik oppvekst disponerte for psykiske problemer og i neste omgang rusproblemer. I Herulfs undersøkelse fant han at ”hele 41 % [kom] fra

³⁰⁰ Ibid.

³⁰¹ Straffelovrådets innstilling 1967, 11.

³⁰² Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 69-70.

skilsmissehjem og 18 % var født utenfor ekteskap”.³⁰³ Som vi så tenkte man seg i psykiatrien at en slik oppvekstsituasjon kunne føre til at barnet ble utsatt for mye usikkerhet og frykt, noe som igjen ville disponere for nevrotiske eller psykopatiske tilstander.

I Herulf undersøkelse så man også forbindelser til foreldrenes psykiske helse og rusvaner. Han fant at 42 % av fedrene *enten* var alkoholikere, asosiale eller kriminelle.³⁰⁴ Også blant de 40 første ungdomsnarkomane ved SKN fant man at 40 % hadde alkoholiserede fedre.³⁰⁵ I forhold til psykisk helse viste Herulfs undersøkelse at 23 % av mødrene led av neuroseforstyrrelse. Ved SKN kunne man bekrefte at hele 40 % av mødrene var nervøse, og at hos 20 % hadde en eller begge foreldrene en alvorlig sinnslidelse. Waal: ”Disse spredte tallene viser klart at ungdommene i stor grad kom fra hjem med mindre sosioøkonomiske ressurser og hadde hatt en problemfylt oppvekst”.³⁰⁶ Som vi så tenker man i psykiatrien at foreldrene spiller en viktig rolle som forbilder og identifikasjonsmodeller for barnet. Alkoholmisbruk, kriminalitet og psykiske problemer ville for det første begrense en sunn og forbilledlig atferd fra foreldrene, men kanskje også skape utrygghet og frykt som var uheldig for barnet. Kringlen påpeker i sin bok at i de fleste tilfeller av rusmisbruk møter man personer ”som kommer fra konfliktfylte hjem preget av utrygghet og store emosjonelle problemer”.³⁰⁷

5.3.4 Korrelasjon mellom psykisk helse og rusmisbruk.

Den andre undersøkelsen i Straffelovrådets innstilling som var ment å gi et bilde av de nye narkomane kom fra den danske psykiateren Finn Jørgensen. Her presenteres et materiale fra det danske rikshospitalets psykiatriske klinikk bestående av ”50 pasienter som hadde misbrukt marihuana, LSD eller begge”.³⁰⁸ Undersøkelsen tok for seg korrelasjoner mellom bruk av disse stoffene og psykiske lidelser. La oss se på hvilke diagnoser man fant korrelasjoner til og hvordan disse ble beskrevet i den medisinske diskursen.

Som vi har sett var en vanlig antagelse at det kun var disponerte individer som ble rusmisbrukere. Kringlen oppsummerer dette klart i sin populære bok *Psykiatri*: ”Den gruppe som blir avhengige av stoffene, er i de fleste tilfeller sterkt avvikende personer med en vanskelig bakgrunn. Man har skoletapere, man finner ”jeg-svake” karakternevrotikere,

³⁰³ Straffelovrådets innstilling 1967, 12.

³⁰⁴ Ibid.

³⁰⁵ Waal, ”Ungdomsnarkomani”, 37.

³⁰⁶ Ibid.

³⁰⁷ Kringlen, *Psykiatri*, 250.

³⁰⁸ Straffelovrådets innstilling 1967, 10.

psykopater, og grensepsykotikere”.³⁰⁹ Man fant altså en tydelig korrelasjon mellom rusmisbruk og de ”tre store” psykiatriske diagnosene: nevrose, psykopati og alvorlig sinnsykdom (psykose/schizofreni). Det var også disse diagnosene Jørgensen fant korrelasjoner til.

La oss først se på nevrosen. Karakteristisk for det nevrosebegrepet man benyttet i Norge var at nevrotikeren var en som *begrenses* av symptomer som angst, tvangstanker og lignende, eller av sine egne karaktertrekk. Man skilte således mellom *symptomnevrose* og *karakternevrose*. Symptomnevrosen er kanskje det man vanligvis assosierer med begrepet nevrose. Her plasserte man bla. tvangsnevroses, angstnevroses og hysteriske nevroses. Felles for symptomnevrosene var at det var symptomene som var det mest fremtredende ved pasienten, for eksempel en tvangsnevrotikers behov for å telle vindusruter på bygninger.³¹⁰ Karakternevrose var derimot når en persons personlighet eller karaktertrekk medførte sterke hemninger og innskrenkninger i hans livsutfoldelse. Eksempler som ble brukt var personer som var overdrevent sjenert eller unaturlig underdanig andre mennesker.³¹¹ Felles for begge nevroseformene var at pasientene ble overkontrollert av seg selv: ”Den nevrotiske mennesketype er som regel introvert, hypersensitiv, astenisk, sårbar [og] følsom”.³¹²

I Jørgensens undersøkelse fant han at 26 % (13) av de 50 pasientene var karakternevrotikere.³¹³ Også i Herulfs undersøkelse fant han at 12 % fremviste neurotiske symptomer.³¹⁴ Waal ved SKN mente at mange av de typiske ungdomsnarkomane pasientene var ”tilbaketrukne og neurastensiske, kontaktskeptiske individer med karaterpreg over plagene”.³¹⁵ Retterstøl forklarer hvordan nevrotikeren lett kan komme borti rusmisbruk: ”[h]an vil ofte ha smerter, angst, søvnløshet og depresjon, symptomer som ofte nettopp kan lindres gjennom medikamenter som gir vanedannelse”. Spesielt karakternevrotikeren så ut til å være utsatt da hans uheldige egenskaper kunne oppheves av rusmidler, for eksempel et hemningsoppløsende preparat for den sjenerte.³¹⁶

³⁰⁹ Kringlen, *Psykiatri*, 249-250. Jeg fjernet kursiv på den første setningen.

³¹⁰ Langfeld, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 225.

³¹¹ Nils Retterstøl, ”Karakterneuroser”, i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1964, 21:1492-1497, 1493.

³¹² Langfeld, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 83. Fjernet kursiv på nevrotiske.

³¹³ Straffelovrådets innstilling 1967, 10. Gjenngis også i Nils Retterstøl, ”Misbruk av marihuana – LSD. Klinikkinnlagte tilfeller i Norden”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1967, 20:1691, 1691.

³¹⁴ Straffelovrådet innstilling 1967, 10. Siteres også i Retterstøl, ”Narkotikamisbruk hos ungdom, 2096.

³¹⁵ Waal, ”Ungdomsnarkomani”, 39.

³¹⁶ Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 71-72.

Det ble også hevdet at en minst like viktig riskfaktor for rusmisbruk var *psykopati*. Sammen med nevrotikern var dette den mest utsatte gruppen: "[h]yppige komplikasjoner til nevrotiske og psykopatiske tilstander er kronisk *alkoholisme* og *medikamentavhengighet* (narkomani)".³¹⁷ Den psykopatiske tilstanden ble beskrevet som den motsatte av den nevrotiske: mens nevrotikeren hadde for store bremses på sin livsutfoldelse, hadde psykopaten for små. Han krevde en umiddelbar tilfredsstillelse av sine behov, hadde vanskeligheter med å lage motforestillinger og projiserte sin skyldfølelse ut på omverdenen.³¹⁸ I materialet til Jørgensen fant han at hele 50 % av de klinikkinnlagte var psykopater.³¹⁹ Ved SKN regnet man også psykopati som en av de viktigste årsakene til stoffmisbruk.³²⁰ Diagnosen *psykopati* var også en gjenganger ved andre ungdomspsykiatriske tilfeller. Kringlen forklarte at man veldig ofte i ungdomspsykiatrien støtte på sosialt uakseptert atferd som "aggressiv voldsomhet, protestholdning, manglende disiplin, rømninger hjemmefra, protest mot skolen (drop-out), vinningsforbrytelser, røyking, misbruk av hasj og narkotika".³²¹ Han mente at mange av disse ungdommene var nevrotiske, men som "oftest synes disse atferdsforstyrrelsene å ha sin basis i en sviktende jeg-kontroll, betinget i en vanskelig og ustabil oppvekst. Mange av disse vil som voksne få diagnosen psykopati".³²² Diagnosen psykopati og begrepet atferdsvansker hadde mye i felles, og begge ble hyppig brukt i beskrivelsen av de narkomane ungdommene. I undersøkelsen foretatt av Herulf nevnes ikke psykopati, men han kunne bekrefte at 58 % tidligere hadde vist adferdsforstyrrelser.³²³ Psykiaterne tenkte seg altså at en dårlig oppvekst førte til en sviktende jeg-kontroll (psykopati/adferdsforstyrrelser), som igjen kunne føre til rusmisbruk og annen sosialt uakseptabel atferd.

Den siste korrelasjonen går til de alvorlige sinnssykdommene som schizofreni og kroniske psykoser.³²⁴ I følge Langfeld bør en slik diagnose kun stilles når man har "pasienter som gjennom vrangforestillinger, sansebedrag, alvorlige forstyrrelser av følelses- og driftsliv og eventuelt gjennom en abnorm atferd viser at de har mistet evnen til reell vurdering av opplevelser og omgivelser, og som er utilgjengelig for fornuftsmessig korreksjon på de nevnte områder".³²⁵ Psykiatere mente som regel at det var liten fare for at personer som allerede

³¹⁷ Kringlen, *Psykiatri*, 41.

³¹⁸ Retterstøl, "Karakterneurose", 1496.

³¹⁹ Straffelovrådets innstilling 1967, 10. Siteres også i Retterstøl, "Misbruk av marihuana – LSD. Klinikkinnlage tilfeller i Norden", 1691.

³²⁰ Terje Reinertsen, "Behandlingsopplegget i dag" i *Statens klinikk for narkomane 10 års jubileumsskrift*, 48.

³²¹ Kringlen, *Psykiatri*, 85.

³²² Ibid., 86.

³²³ Straffelovrådest innstilling 1967, 12. Retterstøl, "Narkotikamisbruk hos ungdom", 2096.

³²⁴ For en generell introduksjon til disse se Langfeld, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 281.

³²⁵ Langfeld, *Lærebok i klinisk psykiatri*, 281.

hadde utviklet en slik tilstand ville bli rusmisbrukere, men ofte fant man at personer som var i ferd med å utvikle en slik tilstand kunne ty til rusmidler for å lindre symptomer som uro og angst.³²⁶ Dette tidlige stadiet av en alvorlig sinnssykdom kalte man ”border-line” eller grensepsykose. I undersøkelsen til Jørgensen fant han at 3 personer led av grensepsykose, mens 4, muligens 6, led av schizofreni.³²⁷ Også ved SNK hendte det at man mottok pasienter som senere måtte overføres til en ordinær psykiatrisk klinikk fordi de ”under avvenning avslørte seg som psykotiske”.³²⁸

5.4 Rehabilitering.

Behandlingen av narkomane foregikk også stort sett på psykiatriens premisser. Misbrukere med tydelige sinnslidelser som blir brakt inn av politiet blir overført til Ullevål psykiatriske observatorium, og misbrukere som frivillig eller under tvang skal behandles legges enten inn i en tradisjonell psykiatrisk klinikk eller ved SKN som var en psykiatrisk spesialklinikk for narkomane.³²⁹ Med den sterke korrelasjonen mellom narkomani og psykiske problemer ble behandlingen av narkomane først og fremst en behandling av den psykiatriske diagnosen misbrukeren hadde fått.³³⁰

5.5 Oppsummering.

Som vi ser var psykiatrien antageligvis den vitenskapen som arbeidet mest med narkotikaproblemet. Fordi psykiatrien var et fag som var opptatt av individets tilpasning og funksjon i samfunnet, ble narkomani et naturlig interesseområde. Vi har i denne delen sett hvordan norske psykiatere ikke bare påtok seg diagnostisering og rehabilitering av narkomane, men også deltok som medisinske eksperter i det politiske utredningsarbeidet til Straffelovrådet. Som vi tidligere har sett bedrev også psykiaterne folkeopplysning om narkomani gjennom aviser og bøker. Det har derfor vært viktig å forstå psykiatrien for å forstå det vitenskapelige bildet av de narkomane som ble framsatt både i Straffelovrådets innstilling og i norsk medisinsk og offentlig diskurs. Psykiatrien som fag påvirket det bildet man hadde av den narkomane på to måter: for det første ble bildet av den narkomane tegnet av de narkomane som av ulike grunner kom i kontakt med psykiatrien. Som vi har sett dreide dette seg ofte om personer med dype rusproblemer eller alvorlige psykiske lidelser. For det andre

³²⁶ Retterstøl, *Medikamentmisbruk*, 76.

³²⁷ Straffelovrådets innstilling 1967, 10. Siteres også i Retterstøl, ”Misbruk av LSD-marihuana. Klinikkinnlagde tilfeller i Norden”, 1691.

³²⁸ Teigen, ”Ti års virksomhet”, 22. Dette hendte totalt med 18 (2 %) av pasientene mellom 1961-1970.

³²⁹ ”I prinsippet drives klinikken som en vanlig psykiatrisk klinikk med de særtrekk som selve stoffmisbruket medfører.” Reinertsen, ”Behandlingsopplegget i dag”, 46.

³³⁰ Reinertsen, ”Behandlingsopplegget i dag”.

ble beskrivelsen av de narkomanes problemkompleks gitt i psykiatriens språk. Man så derfor etter sammenhenger mellom narkomani og barndom, familie, karaktertype og psykiske lidelser.

I Norge var det også psykiatere som formidlet forskningen om de nye stoffene. Mye av denne forskningen ble utført av psykiatere, men også farmakologi og psykologi var viktige fag her. De stoffene som fikk mest oppmerksomhet i den medisinske litteraturen i siste halvdel av 1960-tallet var LSD og cannabis. Vi har sett hvordan psykiatere og andre medisinske autoriteter i Norge ikke først og fremst knyttet disse stoffene opp mot avhengighet, men mot sosiale onder som galskap, vold, selvmord, religiøs fanatisme og sosialt og personlig forfall. Selv om det ofte forekommer ulike begrunnelser for de ulike korrelasjonene, finner man dem i det meste av medisinsk faglitteratur om de nye stoffene i denne perioden.

Psykiatrien spilte en sentral rolle for Straffelovrådest innstilling. For det første kan man si at psykiatrien var det faget som ”beviste” at narkomani var et sosialt problem. I den delen av Straffelovrådest innstilling hvor man blir presentert for situasjonen i Skandinavia og Norge er det pasienter innlagt ved psykiatriske klinikker som utgjorde empirien. Som vi har sett ga denne empirien et skremmende bilde både av misbrukernes personlige psyke og hans familiebakgrunn. I psykiatrien fant man at misbrukerne ofte kom fra hjem preget av splid, rusmisbruk og psykiske lidelser. Man fant også at misbrukeren ofte slet med psykiske problemer, og på mange måter hadde meldt seg ut av samfunnet. Sist men ikke minst presenterte de norske psykiaterne forskning på de nye rusmidlene som ble brukt, og viste at disse var meget farlige. Vi ser da hvordan psykiatrien og sosialmedisinen møtes i Straffelovrådets innstilling: Det at et stort antall personer i et samfunn begynner å utføre en aktivitet, og samtidig påvirker andre til å også begynne med denne aktiviteten vil ikke nødvendigvis være et sosialmedisinsk problem. Det som nettopp ville gjort aktiviteten sosialmedisinsk interessant var om den var fysisk/psykisk helseskadelig, eller førte til stor grad av mistrivsel og mistilpasning. Som vi har sett var det fra psykiatrien at politikere, jurister og sosialmedisinere fikk empirien som tilsa at den individuelle misbrukeren hadde fysiske og psykiske plager, og at han var grovt mistilpasset samfunnet. Vi kunne for eksempel tenke oss at Straffelovrådet konkluderte med at cannabisbruk var ufarlig, og at personlig bruk ikke burde forbys ved lov. Men som vi har sett ble de korrelasjonene psykiatrien bidro med sentrale for Straffelovrådest argumentasjon om at dette var et sosialmedisinsk problem man måtte motarbeide politisk.

Vi har også sett at psykiatrien ikke bare bidro med forskning om narkomane, men også tok seg av rehabiliteringen av misbrukerne. Psykiatrien identifiserer altså det sosialmedisinske problemet, og har også løsningen. Årsaken til dette er at psykiatrien arbeider med de samme de samme problemene som de selv identifiserte hos de narkomane. Man mente derfor i Straffelovrådets innstilling at en tydelig lovgivning mot *bruk* av narkotika ville være et godt påskudd til å få gitt den narkomane den behandlingen han hadde behov for. Straffelovrådet mente da at den narkomane kunne bli fjernet som smittekilde for epidemiens videre utvikling, og at psykiatrien kunne hjelpe misbrukeren med de psykiske og sosiale problemene han måtte ha. Vi ser altså at både epidemimodellen og psykiatrisk teori møtes i begrunnelsen for endringen av Legemiddeloven § 22.

6. Avslutning

6.1 Drøftning: Hvor avgjørende var de medisinske teoriene?

Jeg har i denne oppgaven sett på den medisinske og politisk-jurdiske resepsjonen av de første ungdomsnarkomane i Norge. I den nye legemiddeloven av 1992³³¹ finner man de samme lovparagrafene som man innførte i 1964/1968, og denne avhandlingen har slik sett vært en undersøkelse av elementer i norsk historie som fortsatt er en del av vår hverdag. Denne fremstillingen har lagt vekt på hvordan de medisinske teoriene formet den tidlige resepsjonen, og også konkret påvirket utformingen av den nye narkotikaloven. Som en avrundning på oppgaven vil jeg til slutt drøfte hvor avgjørende de medisinske teoriene var for den nye narkotikaloven av 1968.

Andre fremstillinger av denne samme perioden har ofte vektlagt de internasjonale avtalene Norge var del av. Også Sandberg og Pedersens som jeg introduserte i innledningen mener at "[d]en andre internasjonale opiumskonvensjonen i 1925 er nøkkelen til å forstå hvorfor cannabis er ulovlig i dag". Denne konvensjonen var først og fremst tenkt å begrense den omfattende opiumshandelen, men også cannabis ble tatt med. Cannabis har altså på papiret vært forbudt i Norge siden 1925. Sandberg og Pedersen mener også at den aktive håndhevingen av lovgivningen mot cannabis på 1960-tallet hadde sammenheng med FN-konvensjonen av 1961.³³² Denne konvensjonen var tenkt som en felleslov for alle FN-landene om vanedannende narkotika, hvor man plasserte cannabis på listen over de farligste stoffene sammen med bla. heroin og kokain.

³³¹ "LOV-1992-12-04-132" på www.lovdata.no (25.05.2011)

³³² Sandberg og Pedersen, *Cannabiskultur*, 22.

Slik jeg ser det var de medisinske fagene og teoriene jeg har sett på i denne avhandlingen kanskje den viktigste årsaken til at man i 1960-årene begynte en aktiv straffeforfølgelse av narkotikabruk. I følge Hauge har norsk narkotikapolitikk i det store og det hele alltid ligget *forann* de internasjonale avtalene.³³³ Det blir derfor naturlig å se etter forklaringen på den norske lovgivningen andre steder. I min undersøkelse har jeg gått gjennom store deler av de sentrale avisartiklene, tidsskriftene, rettssakene og politisk-juridiske dokumentene for perioden 1965-1969, og det man stort sett alltid møter er medisinske påstander om farlighetsgraden ved narkotikabruk. De internasjonale konvensjonene blir sjeldent nevnt, og de blir heller ikke brukt som argumenter i Straffelovrådets innstilling eller i høyesterett. Det er også viktig å forstå at ingen av de internasjonale avtalene forbø *bruk* av narkotika alene. Det var opp til de enkelte land å bestemme selv hvorvidt de ville forby dette. Straffelovrådet sto altså fritt til å selv avgjøre hvorvidt man burde straffeforfølge bruk av narkotika i 1966/67. Vi har i denne avhandlingen sett hvordan man gikk inn for et forbud, og at dette ble begrunnet i de medisinske teoriene om stoffenes farlighetsgrad og spredningstendens.

Selvsagt er det mange andre aspekter ved den politisk-juridiske resepsjonen jeg ikke har dekket i det hele tatt: I denne avhandlingen er for eksempel politiets rolle nesten ikke nevnt. Et godt supplement til min fremstilling her ville vært en undersøkelse av hvordan politiet påvirket politikere og produserte empiri. Heller ikke den kultur-historiske siden er særlig berørt. Holdninger blant den norske befolkningen og det kulturelle opprøret til ungdomsgenerasjonen spilte nok helt klart en stor rolle. Et annet element jeg ikke berører særlig inngående er medias rolle. Sjokkerende nyhetreportasjer og refs fra journalister og lesere kan selvsagt ha påvirket politikere. Til slutt har vi også de sosiologiske og psykologiske situasjonene de involverte individene inngår i. Jeg vil ikke påstå at andre faktorer ikke spilte en betydelig rolle i denne historien, men jeg mener også at den medisinske forståelsen av de nye stoffene og de nye narkomane var en hjørnesten i den norske resepsjonen. Som vi har sett hadde det norske velferdssamfunnet begynt å slå rot i 1960-årene, og Evang ville at det nye helsedirektoratet skulle være tuftet på medisinsk fagkompetanse. Det er dette man ser i hele denne historien jeg skildrer her, hvor de medisinske ekspertene la føringer på den forståelsen man hadde av fenomenet i politikken, media og rettsvesenet.

³³³ Hauge, *Fra opiumskrig til legemiddelkontroll*, 89.

6.2 Oppsummering

Jeg har altså skrevet historien om det nullpunktet hvor de første narkomane kom til synet for myndighetene og forskerne. Dette nullpunktet må kunne sies å være desember 1965 med den første rettssaken for bruk av marihuana. Hoveddelene av oppgaven min beveger seg i tidsrommet fra denne måneden og frem til omtrent 1968. Historien jeg har skrevet ser omtrent slik ut:

Før desember 1965 snakket verken forskere eller politikere om det vi i dag kjenner som narkomani. Men man snakket om det man kanskje kan kalle den narkomanes lillebror eller forløper, de som man etter hvert kom til å omtale som de ”klassiske narkomane”. I denne gruppen fant man medisinsk personell og pasienter som misbrukte vanlige legemidler. Det var snakk om godt voksne mennesker som ofte klarte å holde sitt misbruk skjult for omverdenen. Det var få av disse misbrukerne, og man så problemet som internt i helsevesenet. Legene og pasientene underslo eller lurte til seg medikamenter, og man mente at løsningen på dette problemet var strengere regulering av medikamenter og reseptforskrivninger. Man innførte derfor en strengere regulering av legenes forskrivningsrett i 1957. Og i 1964 innførte man bestemmelser som tilsa at det var ulovlig å være i besittelse av medikamenter man ikke hadde fått utlevert på lovlig vis.

Det journalister, politikere og medisinere kunne fortelle i begynnelsen av 1966 var at det hadde etablert seg en *ny* form for rusmisbruk i landet. Man omtalte den som ”ungdomsnarkomani”, ”en ny type narkomani”, ”narkotikaproblemet” eller ”epidemisk narkomani”. Denne narkomaniformen var kjennetegnet av at misbrukerne var ungdommer, at de brukte illegale rusmidler som ikke kom fra apotekene og at narkotikabruken ble oppfattet som del av et positivt ideologisk prosjekt. Den første rettssaken i desember 1965 dreide seg om en amerikansk psykologistudent som hadde forsøkt marihuana sammen med andre studenter. Fra og med dette ”nullpunktet” dukket det opp avisartikler, kronikker og debattinnlegg i norske aviser om marihuana, LSD og den nye narkomanien. I *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* publiseres det for første gang artikler om marihuana og psykiatriske undersøkelser av de nye narkomane. Etter hvert kommer de første populærvitenskapelige bøkene om det nye narkotikaproblemet og de nye stoffene. De nye rusmidlene som ble tatt i bruk ble beskrevet som ytterst farlige og den nye formen for narkomani som en smittsom epidemi som truet samfunnet.

Det var først og fremst medisinske autoriteter som bidro med informasjon om det nye fenomenet og de nye stoffene. I Norge var det spesielt Helsedirektør Karl Evang og psykiater Nils Retterstøl som var mest aktive i formidling av medisinsk forskning på den nye narkomanien. Både Retterstøl og Evang deltok aktivt i debatter i aviser, tidsskrifter og offentlige foredrag. Den forskningen de formidlet kom hovedsakelig fra fagområdene sosialmedisin og psykiatri. En *sosialmedisinsk* tilnærming til helsespørsmålet ville si at problemet ble sett på som et produkt av samfunnet, og også noe som måtte løses av samfunnet. Spørsmålet om hvordan den nye narkotikamisbruken spredde seg ble derfor i stor grad besvart i form av sosialmedisinske teorier. Den teorien som var mest utbredt i Norge i den perioden jeg undersøker her var den såkalte ”epidemimodellen”, utformet av den svenske psykiateren og sosialmedisineren Nils Bejerot. Denne teorien behandlet narkomani som en epidemi som spredde seg i en utsatt befolkningsgruppe gjennom kontaktsmitte. Man mente da at den nye narkomanien spredde seg blant ungdommer i storbyen gjennom nære relasjoner. Den *psykiatriske* forskningen forsøkte først og fremst å besvare spørsmålet om hvem som ble narkomane, og hvordan man kunne kurere dem. Psykiaterne mente at det var en korrelasjon mellom psykiske problemer og narkomani. Man fant at de fleste narkomane som ble tatt inn til behandling hadde store psykiske vansker, og en familiebakgrunn som tilsa at de var i faresonen for psykiske problemer og rusmisbruk. Måten å kurere de narkomane på, ble avrusning kombinert med psykiatrisk behandling av disse underliggende problemene. Det var også hovedsakelig psykiatere som formidlet den farmakologiske og psykologiske forskningen på de stoffene som de nye narkomane benyttet. Den rusmiddelgruppen de nye narkomane spesielt interesserte seg for var *hallusinogener* (cannabis/LSD), og i farmakologisk, psykologisk og psykiatrisk forskning fant man korrelasjoner mellom disse rusmidlene og sløvhet, mord, kriminalitet, sinnsykdrom, religiøs fanatisme og tyngre rusmidler.

Etter den første straffesaken økte politiets aktivitet på dette området. Utover 1966 så man stadig flere straffesaker, og i rettsvesenet la man vekt på *generalpreventive hensyn*. Justisministeren, høyesterettsdommere og andre jurister siterte de medisinske autoritene, og understreket at den nye narkomanien var et onde som måtte slås hardt ned på. I de første straffesakene for narkotikabruk i Norge benyttet man Legemiddeloven av 1964, som egentlig var utformet med tanke på de klassiske narkomane. I løpet av 1966 viste det seg at denne loven ikke var adekvat i møtet med den nye narkomanien, og Justisdepartementet og Sosialdepartementet (Helsedirektoratet) anmodet derfor Straffelovrådet om å vurdere hvorvidt man trengte en revidering av den eksisterende loven. For å bistå Straffelovrådet med dette

oppdraget oppnevnte man de medisinske autoritene Nils Retterstøl og Arnfinn Teigen. I den ferdige innstillingen til Straffelovrådet benyttet man den rådende forskningen innenfor sosialmedisin og psykiatri. Man mente at det nye narkotikaproblemet var smittsomt og spredde seg i spesielle ungdomsmiljøer i Oslo. Man mente også at den nye narkomanien var kjennetegnet ved store psykiske problemer og en vanskelig familiebakgrunn. De konklusjonene straffelovrådet trakk var derfor at dette var et farlig fenomen som måtte stoppes bla. med strafferettslige virkemidler. Fordi hver eneste misbruker var en potensiell smittekilde, mente man at et viktig virkemiddel var muligheten til å straffeforfølge misbrukere og rehabilitere de som ikke sluttet på egenhånd.

Litteraturliste

Andenæs, Johs. *Statsforfatningen i Norge*. 4. utgave. Oslo: Tanum-norli, 1976.

Bejerot, Nils. ”Aktuell toxikomaniprobematik”. *Läkartidningen* 1965, 50:4231-4238.

_____. *Narkotikakampen och samhället*. Stockholm: Bokförlaget Aldus/Bonniers, 1968.

Bergersen Lind, Brit. *Narkotikakonflikten: Stoffbruk og myndighetskontroll*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1976.

Berg Eriksen, Trond, Hompland, Andreas og Tjønneland, Eivind. *Norsk idéhistorie VI: Et lite land i verden*. Oslo: Aschehoug, 2003.

Binder, Terje. *Stoffmisbruk, ideologi og behalding: en kritisk studie av et behaldingstilbud*. Oslo: Gyldendal, 1974.

Bratholm, Anders (red.). *Lov og Rett*. Oslo: Universitetsforlaget, 1962.

Bjurström, Erling. *Generasjonsopprøret: ungdomskultur, ungdomsbevegelser og tenåringsmarked fra 50- til 80-årene*. Norsk oversettelse. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

Brev av 19. september 1966 fra Justisdepartementet til Straffelovrådet. (2006/66 E FB/MS.)

Brev av 20. april 1967 fra Justisdepartementet til Straffelovrådet (Jnr. 969/67-E).

Ciba foundation study group no. 21. *Hashish: Its chemistry and Pharmacology*. London: J. & A. Churchill, LTD., 1965.

Davidsen, Silje Beate. ”En kjetter i det medisinske miljø?”. Hovedoppgave: Universitetet i Oslo, 2002.

Evang, Karl. *Aktuelle narkotikaproblemer: Marihuana, LSD, sentral-stimulerende midler, sniffing o.l.*. Oslo: Tiden norsk forlag, 1967.

_____. *Helse og samfunn: Sosialmedisinsk almenkunnskap*. Oslo: Gyldendal, 1974.

Frøydis Berg, Siv. *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet*. Oslo: Solum forlag, 2002.

Furre, Berge. *Norsk historie 1914-2000: Industrisamfunnet – frå vokstervisse til framtidstvil*. Oslo: Det norske samlaget, 2000.

Hartelius, Jonas. ”En internationell opinionsbildare” i *Nils Bejerot – forskaren, folkupplysaren, pionjären i kampen mot narkotikan*, red. av Carol Bejerot. Stockholm: Nils Bejerots Minnesfond, 1993.

Hauge, Ragnar. *Fra opiumskrig til legemiddelkontroll: internasjonal regulering av psykoaktive stoffer*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1989.

_____. *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.

http://www.moldejazz.no/2009/index.php?page_id=2100 (30.8.2010)

Innstilling fra Straffelovrådet om Endringer i straffebestemmelsene for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.v., avgitt 16. juni 1967.

Innstilling II fra Komiéen til revisjon av apoteklovgivningen m.v., av 3. mars 1959.

Innstilling O. nr. 123, Innstilling fra sosialkomitéen om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter, av 29. mai 1957.

Kringlen, Einar. *Psykiatri*. Bergen: Universitetsforlaget, 1972.

_____. *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

Kristensen, Mette. *Program: Diskusjon mo narkotikaproblemet*. NRK (2009-2011).
<http://www.nrk.no/skole/programdetalj?topic=nrk:program/diskusjon-om-narkotikaproblemet>
(13.04.2011).

Langfeldt, Gabriel. *Lærebok i klinisk psykiatri*. Oslo: Achehoug & co, 1965.

Lindgård, Bengt, Inghe, Gunnar, Evang, Karl, Nimb, Mogens, Ginman, Leif og Bejerot, Nils. "Symposium om prevention av narkomani", *Socialmedicinsk tidskrift* 1967, 8: 426-461.

Norsk Retstidende. Oslo: Den norske advokatforeningen, årlig.

Ot. Prp. nr. 46, Om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m., avgitt 5. april 1968.

Ot. Prp. nr. 52, Om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter, avgitt 15. mars 1957.

Pedersen, Willy. *En fremmed på en benk*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.

Persson, Marie-Louise m.fl. red. *Människan och verket: Kronologisk bibliografi, recensioner och intervjuer*. Stockholm: Svenska carnegie institutet, 1986.

Retterstøl, Nils. "Betraktninger omkring medisinnmisbrukets epidemiologi". *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966, 13:1061.

_____. "Er marihuana (hashish, cannabis) et farlig stoff?". *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1967, 5:344-345.

_____. "Hallusinogener". *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1966, 1:53-55.

- _____. *I grenseland*. Oslo: Damm & Søn AS, 2003.
- _____. ”Karakterneuroser”. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1964, 21:1492-1497.
- _____. *Medikanmentmisbruk: Et aktuelt samfunnsproblem*. Oslo: Universitetsforlaget, 1967.
- _____. ”Misbruk av marihuana – LSD. Klinikkinnlagte tilfeller i Norden”. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1967, 20:1691.
- _____. ”Misbruk av medikamenter”. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1966, 21:1465-1472.
- _____. ”Narkotikabruk hos ungdom”. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1968, 22:2093-2098.
- _____. ”Psykosier utløst av marihuana”. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1967, 19:1630.
- Sandberg, Sveinung og Pedersen, Willy. *Cannabiskultur*. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
- Schaanning, Espen. ”Ondskapens medikalisering”. *Arr Idéhistorisk tidsskrift* 2006, 4.
- Slagstad, Rune. *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax forlag, 2001.
- SOU 25, 1967.
- St. Prp. nr. 51, Om å samtykke til å ratifisere ”Den alminnelige narkotika-konvensjon” av 1961, avgitt 6. Januar 1967.
- Strøm, Axel. *Lærebok i sosialmedisin*. 2 utgave. Oslo: Fabritius og Sønners forlag, 1963.
- Torp, Olaf Chr. ”Det norske parlamenstrykk” i *Handbok i Nordiskt parlamentstryck*. Red. av Rolf Nygren. Stockholm: De nordiska parlamentsbiblioteken, 1984.
- WHO, *Narkotika: En rapport fra Verdens Helseorganisasjon*. Norsk oversettelse. Oslo: Pax forlag, 1967.
- Øfsti, Einar, Reinertsen, Terje og Javnes, Åge, red. *Statens klinikk for narkomane 10 års jubileumsskrift*. Hov: Statens klinikk for narkomane, 1971.